

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 17 Décembre 1908, à 1 heure

PAR

E. FRICK

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de Bronze de l'assistance publique

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

DE LA

MORT SUBITE ET DE LA MORT ACCIDENTELLE

AU

COURS DU TRAVAIL

Président : M. THOINOT, professeur

Juges { MM. RAYMOND, professeur
GILBERT BALLET, professeur
JEANSELME, agrégé

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE, Éditeur

15, Rue Racine, 15

1908

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N°

100

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 17 Décembre 1908, à 1 heure

PAR

E. FRICK

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de Bronze de l'assistance publique

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

DE LA

MORT SUBITE ET DE LA MORT ACCIDENTELLE

AU

COURS DU TRAVAIL



Président : M. THOINOT, professeur

Juges { MM. RAYMOND, professeur
GILBERT BALLET, professeur
JEANSELME, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE, Éditeur

15, Rue Racine, 15

1908

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.....	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	{ BRISSAUD
	{ DEJERINE
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	PIERRE MARIE
Histologie.....	PRENANT
Opérations et appareils.....	QUENU
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale.....	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	GILBERT BALLET
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER
Clinique médicale.....	{ HAYEM
	{ DIEULAFOY
	{ DEBOVE
	{ LANDOUZY
Maladies des enfants.....	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.....	RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU
	{ BERGER
	{ RECLUS
	{ SEGOND
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERRONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD
	{ BAR
	{ RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....	ALBERT ROBIN

Agrévés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FER.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÉPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef
CARNOT	JEANSELME	MARION	des travaux anat.
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

*Mon cher père, je vous dédie ma
thèse, faible témoignage de
reconnaissance pour tout ce
que vous avez fait pour moi.*

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR BALTHAZARD

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

*Qu'il nous permette de lui faire
hommage d'une thèse qu'il
nous a inspirée et qu'il a
dirigée de ses conseils éclairés.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR THOINOT

Professeur à la Faculté de Médecine

Médecin de l'Hôpital Laënnec

Membre de l'Académie de Médecine



Digitized by the Internet Archive
in 2026

De la Mort subite et de la Mort accidentelle
Au cours du Travail

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder l'étude de notre sujet, nous avons un devoir bien doux à remplir, celui d'acquitter, en la forme la plus modeste, quelques dettes de reconnaissance :

Que M. le Professeur Thoinot, Membre de l'Académie de Médecine, qui a bien voulu nous faire l'insigne honneur d'accepter la présidence de cette thèse, veuille bien recevoir ici l'expression de notre respectueuse gratitude et de nos sincères remerciements.

C'est à M. le Professeur Agrégé Balthazard que nous devons l'idée première et les principales observations de cette thèse. Il nous a fait l'honneur de s'intéresser à notre travail et de nous guider de ses conseils éclairés. Qu'il veuille bien agréer l'hommage de tous nos remerciements pour la bienveillance et la sympathie qu'il nous a témoignées.

Nous n'aurions garde d'oublier nos maîtres dans les hôpitaux.

Que M. le Dr Blum, Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien honoraire des Hôpitaux de Paris, Médecin en Chef de la Compagnie des Chemins de fer P.-L.-M., reçoive l'expression de notre reconnaissance ; il a guidé tout au début de nos études nos pas incertains. C'est à sa grande bienveillance que nous devons d'avoir été admis à profiter de son enseignement et de sa pratique, toutes choses qui ont puissamment contribué à édifier la partie chirurgicale de nos connaissances ;

Que M. le Dr Rochard, Chirurgien à l'Hôpital Saint-Louis, qui nous a enseigné la chirurgie générale ;

Que M. le Dr Legueu, Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien à l'Hôpital Tenon, qui nous a enseigné la chirurgie des voies urinaires, avec bienveillance et sympathie ;

Que M. le Dr Rieffel, Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien à l'Hôpital Trousseau, qui nous a enseigné la chirurgie infantile :

Que M. le Dr Parmentier, Médecin à l'Hôpital

Tenon, qui fut notre premier maître en médecine générale ;

Que M. le Dr Griffon, Médecin des Hôpitaux de Paris ;

Que M. le Dr Teissier, Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin à l'Hôpital Claude-Bernard, qui nous a enseigné les maladies épidémiques et la médecine générale et qui, pendant notre année d'externat passée auprès de lui, nous a témoigné une constante sollicitude ;

Que M. le Dr Doléris, Membre de l'Académie de Médecine, qui a bien voulu nous accueillir avec bienveillance dans son service pour l'accomplissement de notre stage obstétrical ;

Que M. le Dr Chevallereau, Médecin Ophtalmologiste de l'Hôpital des Quinze-Vingts

nous permettent de leur adresser nos sentiments de profonde gratitude pour leur enseignement et l'intérêt tout particulier qu'ils n'ont cessé de nous porter durant tout le cours de nos études.

INTRODUCTION

Il est peu de lois qui, avant leur promulgation et depuis leur application, aient soulevé autant de discussions passionnées, de revendications véhémentes que la loi sur les accidents du travail, dite, par abréviation, « loi de 1898 ». Elle était attendue de tous ; mais elle fut mal accueillie par tous. « Elle voyait, dit Doucet-Bon, le jour après une longue période de gestation : c'était l'enfant longtemps espéré, longtemps attendu par tous. Ce fut un accouchement laborieux et lorsqu'enfin on la présenta, après quatorze années de préparation et de difficultés presque insurmontables, tous à l'envie, patrons, assureurs, médecins, protestèrent énergiquement. Tous trouvaient l'enfant difforme et mal venu. » Il faut avouer que tout n'était pas pour le mieux dans le meilleur des mondes et penser un seul instant à la perfection d'une loi était une erreur grossière. Aussi faut-il prendre les choses telles qu'elles se présentent et chercher en toute chose la solution équitable, car se lamenter sans cesse ne contribue en rien à l'apport du remède qui doit participer à atténuer la difformité existante. Le Conseil

d'Etat, les circulaires ministérielles s'efforcèrent de lui assurer la vie en lui faisant subir des modifications. La Cour de cassation contribua à unifier la jurisprudence des tribunaux dont certains arrêts allaient à l'encontre de la pensée du législateur. Il faut bien avouer que certains articles, par leur manque de précision, étaient susceptibles d'engendrer la confusion dans l'esprit des juges, des avocats, des médecins et de prêter à une multitude d'interprétations diverses.

Le seul article de la loi de 1898, qui traite de la mort consécutive à un accident, s'exprime ainsi :

« Lorsque l'accident est suivi de mort : une pension est servie aux personnes ci-après désignées, à partir du décès, dans les conditions suivantes :

« Une rente viagère...

. »

Le législateur est resté dans le vague et a laissé à la jurisprudence le soin de trancher chacun des cas soumis à la juridiction des cours et tribunaux et de résoudre, pour le mieux, les différentes questions qui peuvent être soulevées lorsque la mort survient *au cours du travail*. La loi, elle, ne s'occupe nullement de la genèse de la mort ; elle n'a qu'un but : rechercher la personne responsable afin que cette dernière répare le dommage causé à la famille de la victime.

La mort produite plus ou moins longtemps après un traumatisme considérable et la mort rapide, provoquée par une violence extérieure inouïe, soule-

vaient en général peu de difficultés pour le règlement de l'indemnité prévue par la loi.

Mais il faut reconnaître qu'il n'en est pas toujours ainsi : chaque cas particulier peut prêter à une multitude de contestations. Que la mort soit due au traumatisme ou à une cause naturelle, dépendante de lésions organiques, il sera toujours aisé, soit à l'employeur, soit à la famille de la victime, de soulever une multitude de considérations. — Ce sont ces considérations, si diverses, que nous nous sommes efforcé de traiter dans notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Les causes de mort subite — cette cessation soudaine et très rapide de la vie par suite de causes internes ou pathologiques, en dehors de toute action mécanique ou toxique, survenant inopinément chez une personne qui paraissait en bonne santé ou dont l'état de maladie ne faisait pas actuellement prévoir une issue fatale (Tourdes) — donnent lieu le plus souvent aux commentaires et aux interprétations les plus fantaisistes. Aussi quand la mort subite se produit, loin de tout témoin, il s'ensuit généralement enquête judiciaire et autopsie consécutivement. Au criminel, l'autorité compétente fait rechercher par l'expert les causes de la mort suspecte et se base — pour prendre une détermination quelconque — sur les résultats de l'autopsie. Au civil, les choses ne prennent généralement pas cette tournure ; les causes de la mort qui ont prêté le plus aux commentaires, aux digressions, ne seront souvent point résolues, car la famille du sinistré et le juge de paix — pour des raisons que nous étudierons plus loin — ont une certaine répugnance à demander l'expertise médico-légale, c'est-à-dire l'autopsie.

Depuis l'application de la loi sur les accidents du

travail, *la mort subite ou rapide pendant le travail* a été, par suite d'interprétations différentes, la source d'un grand nombre de conflits entre employeurs et familles de sinistrés. Les premiers prétendent, quelquefois, du reste, avec juste raison, que la mort est de causes naturelles, qu'elle s'est produite au cours du travail et non par le fait d'un *accident* ou des *conditions du travail*. Même quand l'issue fatale est réellement occasionnée par le traumatisme on peut toujours prétendre, jusqu'au moment où les conclusions de l'expertise démontrent le contraire, que la mort est due à des lésions organiques et que le traumatisme ne joue qu'un rôle secondaire.

Il va sans dire que, pour la famille de l'ouvrier défunt, la mort la plus naturelle, due à des lésions organiques considérables, sans intervention de traumatisme, devient, par le fait qu'elle se produit *au cours du travail, un accident du travail*. Chaque théorie peut se soutenir : la plaie la plus insignifiante du cuir chevelu, ou qui du moins a de telles apparences, cache souvent une fracture du crâne, tandis que de vastes plaies, mettant à nu les os du crâne, peuvent n'avoir qu'un intérêt secondaire.

Mais aussi peut se produire cette constatation surprenante — mettant en évidence au plus haut degré l'utilité, pas assez reconnue, hélas ! des autopsies en matière civile — que la mort, attribuée de bonne foi par employeurs et admise sans contestation par la famille du sinistré à une cause naturelle, est due en réalité à un violent traumatisme traduisant son

action insoupçonnée par des désordres considérables. Ce sont là de ces faits — véritables surprises d'autopsies — qui permettent alors aux ayants droit de bénéficier des avantages de la loi.

Les cas de mort subite ou rapide, consécutive à des lésions demeurées silencieuses pendant la vie, ne sont pas une rareté. Tous les traités de médecine légale en rapportent un nombre considérable.

Il existe, en effet, certaines diathèses, l'alcoolisme par exemple, qui permettent à des affections, classées comme aiguës, de suivre chez l'individu atteint une marche torpide. Dans ce cas, les lésions graves engendrées par une bactériémie — lésions altérant profondément un organe dans sa constitution anatomique et le rendant même impropre à accomplir sa fonction physiologique — peuvent se produire insidieusement, n'engendrer aucun symptôme morbide, aucune réaction vitale de l'organisme contre l'envahisseur. Souvent, en effet — et la pratique tous les jours nous en donne les preuves — on trouve, à l'autopsie d'individus morts subitement, des lésions considérables, étendues à tout un organe important lesquelles, durant la vie, ne se sont traduites par aucune manifestation. Dans certains cas, nous racontent les proches, la victime a tout au plus été, quelques jours avant sa mort, dans cet état indéfinissable, intermédiaire à la santé et à la maladie, pas assez grave, quant à ses manifestations, pour avoir interrompu, même momentanément, les occupations

du défunt et l'avoir empêché de vaquer à ses besoins journaliers.

De même, chez le vieillard, très fréquemment, l'agent pathogène n'engendre aucune réaction de l'organisme : les lésions les plus graves se produisent sournoisement et ce n'est qu'à l'autopsie que la mort — paraissant la plus sujette à caution — s'explique de la façon la plus satisfaisante. La pneumonie, chez le vieillard, ne ressemble en rien, au point de vue clinique, à la pneumonie classique que nous avons coutume de voir évoluer chez l'adulte.

Les lésions qui peuvent engendrer la mort subite — lésions souvent diagnostiquées qu'à l'autopsie — sont multiples. Aussi nous contenterons-nous de passer très rapidement en revue les principales affections, susceptibles de provoquer l'issue fatale dans un laps de temps relativement de courte durée.

Bichat attribuait toutes les causes de mort subite aux lésions plus ou moins prononcées du cerveau, du cœur et des poumons. Dans ses *Recherches physiologiques sur la Vie et la Mort*, il déclare que « l'action d'un de ces trois organes est essentiellement nécessaire à celle des deux autres. Quand l'un cesse entièrement d'agir, les autres ne sauraient continuer à être en activité ; et comme ils sont les trois centres où viennent aboutir tous les phénomènes secondaires des deux vies, animale et organique, ces phénomènes s'interrompent inévitablement, et la mort générale arrive ».

A l'heure actuelle les altérations du trépied vital

sont insuffisantes pour expliquer toutes les causes de mort subite : mais, comme on peut s'en assurer par les exemples que nous avons recueillis, il faut reconnaître que c'est dans l'un de ces trois organes, si importants à la vie, que l'on relèvera le plus souvent les lésions anatomiques susceptibles d'expliquer la mort.

Les altérations les plus fréquentes, susceptibles d'engendrer la mort subite, sont celles qui frappent l'appareil circulatoire et les vaisseaux sanguins. Les observations que nous publions démontrent que, dans la majorité des cas, l'issue fatale, survenant inopinément, a été attribuée aux lésions du cœur et aux vaisseaux nourriciers de cet organe. Les statistiques de Key-Abert, rapportées par Vibert, ne font que confirmer nos dires. Sur 852 cas de mort subite, chez des sujets de plus de quatorze ans, on relève 634 cas de mort consécutive à des lésions cardio-vasculaires, décomposées ainsi :

Paralysie cardiaque (c'est-à-dire lésions du cœur sans modifications anciennes).....	451
Rupture du cœur.....	15
Rupture d'un anévrisme de l'aorte ou de ses branches, à l'exception des artères crâniennes.....	55
Rupture de l'aorte.....	16
Hémorragie intra-crânienne.....	17

*

Nombreuses également sont les causes de mort

par lésions de l'appareil respiratoire. Citons seulement les plus fréquentes : telles que l'obstruction du conduit aérien par l'introduction involontaire de corps étrangers ou de parcelles alimentaires, la compression des grosses bronches par un agent pathologique, l'œdème aigu du poumon, la pneumonie, la pleurésie... etc.

•

Du côté de l'encéphale, notons, comme causes les plus fréquentes de mort subite : la méningite, la pachyméningite, les anévrismes siégeant au niveau des artères (basilaire, carotide, cérébrale, communicantes antérieures), les abcès du cerveau... etc. Ce sont là les principales lésions encéphaliques, susceptibles de frapper inopinément et mortellement les individus qui en sont porteurs.

•

Dans cette rapide énumération, nous n'avons pas relevé les causes de mort subite dues aux altérations des annexes du fameux trépied vital, car nous aurions été obligé de dresser une véritable nomenclature.

Qu'il nous suffise de retenir, sans cependant entrer dans le détail des statistiques de la mort subite, que celle-ci est beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense généralement. Sur une moyenne de 12.000 décès par an, regardés comme morts accidentelles, 2.000, en moyenne, sont reconnus comme morts subites par lésions organiques. En plus, nous relevons, dans les

mêmes statistiques, la fréquence plus grande de la mort subite chez l'homme que chez la femme. Marévéry, sur 1001 cas de morts subites, a trouvé 516 hommes et 185 femmes. Le professeur Lacassagne, d'après les statistiques de la Morgue de Lyon, donne un pourcentage pour les premiers de 80 0/0, exactement 79,50.

CHAPITRE II

Pour nous, dans le cas présent, l'intérêt de la question consiste à savoir si la mort subite a ou n'a pas eu de relation avec un traumatisme quelconque et de rechercher si ce dernier a exercé son action sur un corps en vie ou sur un corps inerte, c'est-à-dire sur un cadavre. Le problème est de différencier les blessures faites pendant la vie, de celles survenues *post mortem*.

Quand le traumatisme a exercé son action sur le corps pendant la vie, nous relevons, à l'autopsie, des marques de réactions vitales qui, pour nous, ont une grande importance. Quand le médecin légiste se trouve en présence **d'ecchymoses**, c'est-à-dire **en** présence d'extravasation du sang des capillaires avec infiltration, plus ou moins étendue, de sérosité dans le tissu conjonctif, il est en droit d'affirmer qu'il y a lésion consécutive à un traumatisme produit pendant la vie, car l'ecchymose est un symptôme de contusion par violence externe.

Où faudra-t-il rechercher le siège des ecchymoses ? Tout d'abord sur les parties du corps que l'on suppose avoir eu contact avec l'agent vulnérant ; mais il faut avoir présent à l'esprit que ces ecchymo-

ses seront plus ou moins accentuées suivant les régions traumatisées, suivant la vascularisation plus ou moins abondante de la zone blessée. L'agent extérieur produit surtout une ecchymose prononcée quand il exerce son action sur des tissus en contact direct avec un plan résistant. Dans le cas où le tissu conjonctivo-cutané repose sur un plan osseux : crâne, coude, région de l'épine iliaque antéro-supérieure, on voit généralement en plus de l'ecchymose une érosion plus ou moins parcheminée de la surface cutanée. Ces érosions, à plaques parcheminées, peuvent également se produire après la mort. Aussi pour affirmer qu'une excoriation, présentant ces caractères, a été produite pendant la vie, faut-il en plus qu'elle repose sur une ecchymose.

Les conditions anatomiques précitées favorisent admirablement la genèse de l'ecchymose qui se produit, au contraire, très difficilement sur les tissus souples, capables, par leur élasticité, d'éviter plus ou moins le choc. Seul un violent traumatisme peut marquer la trace de son action.

*

Le médecin expert devra se demander à quelle époque approximative se sont produites les ecchymoses en présence desquelles il se trouve et rechercher si ces dernières ont avec le traumatisme incriminé une relation de cause à effet. Les ecchymoses nouvellement produites présentent, au point le plus

contus, soit une érosion, soit une tache tirant légèrement sur le noir et d'autant plus foncée que la couche de sang extravasé est plus profonde. Autour de ce point central, l'ecchymose prend une coloration couleur lie-de-vin qui va en s'atténuant au fur et à mesure que l'on s'éloigne du point touché pour, finalement, se confondre avec le tissu sain.

Avec le temps il y a transformation de cette coloration première qui, du rouge foncé, passe au rose, puis tourne au jaune qui devient lui-même de plus en plus clair.

Il faudra éviter de confondre les ecchymoses avec les taches connues sous le nom de *lividités cadavériques*. Si le cadavre est découvert quelques instants après la mort et si le corps est resté un certain laps de temps dans une position donnée, les phénomènes de l'hypostase auront eu la possibilité d'engendrer ces lividités cadavériques qui se traduisent par une coloration rougeâtre, bleutée, laissant apercevoir de ci de là des taches plus ou moins foncées.

Il est matériellement impossible, avec un peu d'attention, de confondre ces deux phénomènes quelquefois assez ressemblants, mais si différents quant à leur importance. La coupe d'une ecchymose met en évidence un épanchement sanguin plus ou moins considérable, tandis que la dissection d'une lividité cadavérique montre seulement l'injection des vaisseaux sanguins ; dans ce dernier cas il n'y a pas d'épanchement dans le tissu avoisinant. Du reste, quand il y a doute, il suffit, pour trancher la ques-

tion, de placer le membre, siège de la lividité, dans une position déclive pour se rendre compte de l'issue du sang au niveau de la section des veinules.

Les blessures que portent le cadavre ont-elles été faites pendant la vie ?

Les blessures faites pendant la vie se différencient aisément de celles qui ont été créées *post mortem*. L'aspect, sur le cadavre, d'une solution de continuité résultant de l'action d'un agent vulnérant sur des tissus vivants, se présente à nous avec une symptomatologie particulière.

Tout d'abord on relève sur les bords de la plaie des traces non équivoques d'**hémorragie** : c'est un symptôme d'une très grande importance qui signifie d'une façon absolue que le cœur n'avait point cessé de battre lors de la production du traumatisme. Toutes les fois que l'ondée sanguine fait issue au niveau de la section des artères, il faut conclure, d'une façon générale, à la survie de la victime par rapport à l'accident.

Y a-t-il hémorragie quand la syncope précède le traumatisme et conséquemment la mort ? La question doit être tranchée par l'affirmative. La syncope ne doit pas impliquer l'idée d'arrêt brusque du cœur, mais simplement l'idée de suspension plus ou moins complète des mouvements de cet organe. L'auscultation d'un sujet évanoui permet d'entendre les bruits du cœur très affaiblis, mais distincts. Tout le temps que durera la syncope, il y aura progression du sang, consécutive à une contraction fibrillaire du muscle

cardiaque, par conséquent hémorragie qui sera, il faut le reconnaître, peu abondante.

Il ne faut pas confondre l'hémorragie avec l'écoulement sanguin qui peut se produire au niveau d'une plaie créée *post mortem*, écoulement qui, lui, est dû à toute autre cause.

Quand l'individu est mort, les phénomènes chimiques persistent ; il se produit au niveau de l'intestin, par suite d'un commencement de putréfaction, une fermentation qui développe plus ou moins rapidement des gaz qui ne tardent pas à acquérir une certaine tension. Sous cette pression les vaisseaux splanchniques et thoraciques rejettent leur contenu vers la périphérie. Cette circulation posthume peut donner lieu, au niveau de la plaie, jusque-là exangue, à un épanchement sanguin abondant. Toutefois le phénomène de *coagulation* n'existe pas. Cette circulation posthume a été observée de tout temps et la justice du moyen âge l'utilisait pour faciliter la découverte des coupables ??? Un crime était-il commis, on faisait défiler devant le cadavre de la victime les personnes que l'on supposait être les auteurs de ce crime et malheur à celle qui se trouvait en face du cadavre quand s'établissait cette circulation posthume. La plaie saignait, disait-on, pour désigner le coupable. C'était le jugement de Dieu.

D'autre part, le sang artériel s'échappant au niveau de la solution de continuité se coagule très rapidement et, pour peu que la mort se soit produite seulement une ou deux minutes après le traumatisme

on assiste à la formation du **caillot**. Ce dernier masque alors plus ou moins l'aspect de la blessure, s'agglutine aux bords de la plaie, pousse des prolongements dans les anfractuosités ; conditions qui le rendent très adhérent. Après la mort, le phénomène de coagulation du sang ne peut avoir lieu, car qui dit caillot dit propulsion du sang hors des vaisseaux, ce qui ne peut se produire quand le cœur a cessé de battre.

L'écartement des tissus divisés par le traumatisme est un symptôme non moins caractéristique des blessures faites pendant la vie. La **béance** d'une plaie est un phénomène vital dû à la rétraction des muscles sectionnés. Sur le cadavre la création d'une plaie ne produit qu'un très faible écartement des tissus, écartement dû à leur élasticité.

La connaissance de ces faits nous permet, quand la décomposition cadavérique n'est pas trop prononcée, de diagnostiquer les lésions faites pendant la vie de celles survenues après la mort.

En général, la mort consécutive à un traumatisme d'une violence inouïe — le sujet étant en pleine santé — ne soulève de la part de l'employeur aucune difficulté pour le règlement de l'indemnité : c'est l'absence de différends entre les deux parties qui explique le petit nombre des autopsies de ce genre de sinistrés.

Quand la mort, par lésions organiques, aura été foudroyante, il sera aisé, en se remémorant les symp-

tômes précédents, de diagnostiquer l'action *post mortem* du traumatisme.

Plus complexes et par suite plus intéressants sont les accidents mortels qui mettent en présence les lésions organiques et les lésions traumatiques et qui obligent l'expert à soulever la question, si ardue, de la participation qu'il convient d'attribuer à chacune d'elles quant à la genèse de l'accident et de la mort.

Si les lésions traumatiques ont été créées pendant la vie, elles peuvent être insignifiantes ou graves. Dans le premier cas on est en droit de conclure qu'elles ne sont pas cause de la mort, surtout si l'autopsie décèle une altération profonde d'un organe important. Dans ce cas il y a mort *au cours du travail* et non mort par suite d'un *accident du travail*. Et ce fait est plus fréquent que l'on ne le croit ; nous n'en voulons pour preuves que les observations suivantes.

Observation I

(*Vibert. — In Accidents du Travail.*)

**MORT SUBITE ATTRIBUÉE A UN ACCIDENT DU TRAVAIL, ET OCCASIONNÉE
EN RÉALITÉ PAR UN RÉTRÉCISSEMENT DES ARTÈRES CORONAIRES**

D..., trente-neuf ans, employé dans une usine de produits chimiques, quitte son travail à 11 heures du matin pour aller déjeuner chez lui. En sortant de l'usine il cause avec deux de ses camarades, leur dit qu'il s'est trop attardé et part seul en courant. Quelques instants après on le trouve mort, étendu sur le chemin, à peu près à la moitié de la distance qu'il avait à parcourir pour regagner son domicile.

Comme on supposait qu'il s'agissait peut-être d'un accident du travail ou d'une intoxication par les produits chimiques que maniait cet ouvrier, l'autopsie a été ordonnée.

Elle a donné les résultats suivants:

Homme bien constitué. Putréfaction assez avancée. Pas de traces de violences sur les diverses parties du corps.

Les poumons, libres d'adhérences, ne présentent pas de tubercules ni d'autres lésions.

Le péricarde est sain, il ne présente pas d'ecchymoses ponctuées. Le cœur est complètement vide. Ses dimensions sont à peu près normales.

Les diverses valvules cardiaques sont saines.

Le myocarde ne présente pas de tractus fibreux, ni d'autres altérations, lesquelles seraient d'ailleurs difficilement appréciables dans l'état de décomposition où se trouve le cadavre.

Les deux artères coronaires sont lésées à peu près au même degré. Ces lésions consistent en plaques d'athérome nombreuses, et qui occasionnent des rétrécissements multiples du calibre des vaisseaux ; une sonde cannelée de 1 millimètre $1/2$ de diamètre franchit tous ceux de ces rétrécissements qui se trouvent dans les premiers centimètres des vaisseaux, mais elle ne les franchit qu'en frottant énergiquement, tandis que dans les intervalles, elle flotte largement.

L'aorte présente sur toute l'étendue de sa face interne une couleur rouge sombre intense que ne modifie pas le lavage. Cette face interne est criblée de plaques d'athérome de dimensions diverses et parvenues à des époques différentes d'évolution. Elle présente en outre de nombreuses plaques arrondies ou ovalaires légèrement saillantes, et, qui, sur des coupes, se montrent constituées par une substance homogène, de consistance ferme et élastique, analogue à celle du cartilage et de coloration grisâtre.

Ces lésions se continuent depuis les valves aortiques jusqu'à la naissance des artères iliaques. Elles ont à peu près la même intensité partout. Le calibre de l'aorte n'a pas subi de modifications notables.

Il était intéressant de connaître les antécédents pathologiques du sieur D... et les circonstances qui avaient précédé sa mort. J'ai obtenu des renseignements assez complets en interrogeant sa veuve et l'ingénieur sous la direction duquel il travaillait.

Ces renseignements peuvent se résumer ainsi :

D... travaillait depuis cinq ans dans l'usine en question.

Avant d'y entrer il jouissait d'une excellente santé. Depuis lors il avait présenté, à deux reprises, des troubles graves de la santé.

Une première fois, un an avant sa mort, D... avait été pris brusquement, au cours de son travail, d'une paralysie si complète qu'il avait fallu quatre hommes pour le ramener à son domicile. Au bout de dix jours il était complètement rétabli et reprenait sans difficulté son ancien travail. Il est impossible de savoir, faute de renseignements précis, qu'elles ont été la nature et la cause de cette maladie. L'ingénieur de l'usine est porté à croire qu'il s'agissait d'une intoxication par l'aniline, substance que D... manipulait à cette époque.

Quatre mois après (par conséquent huit mois avant la mort) D... a présenté d'autres troubles morbides dont la nature peut être mieux appréciée, car ils sont décrits en ces termes dans un certificat du médecin traitant :

« Crise subite d'anémie aiguë avec accidents cardiaques consistant en tachycardie, pouls filiforme, œdème malléolaire, dyspnée. »

Cette fois D... a été plus longtemps malade; il n'a repris son travail qu'au bout de cinq semaines. Mais il était alors complètement rétabli. Cela résulte non seulement des affirmations de sa femme, mais encore de celles de M. l'ingénieur de l'usine qui avait pris D... dans son laboratoire particulier, l'avait toujours auprès de lui, et n'a jamais remarqué qu'il parût malade.

Observation II

(*Vibert. — In Accidents du Travail, 1906.*)

RUPTURE DU CŒUR PAR LÉSIONS ANCIENNES DU MYOCARDE ET RÉTRÉCISSEMENT DES CORONAIRES. — MORT ATTRIBUÉE A TORT A UN ACCIDENT DU TRAVAIL

R..., âgé d'une soixantaine d'années, bien constitué, assez corpulent. Putréfaction commencée.

Blessures : plaies contuses de 1 centimètre au sourcil gauche, ecchymoses des paupières de ce côté, sang dans les narines. Sous le cuir chevelu, ecchymose de 12 centimètres au niveau des pariétaux. Pas de fractures du crâne. Autre ecchymose au niveau des cinq premières vertèbres cervicales.

Cœur. — Le péricarde contient 400 centimètres cubes de sang dont la presque totalité forme un caillot entourant le cœur. Cette hémorragie provient d'une déchirure de l'oreillette gauche, située à la base de cette oreillette, près de la cloison interventriculaire. La déchirure mesure 5 millimètres de diamètre ; elle est à bords déchiquetés, irréguliers, infiltrés de sang. Les parois musculaires du cœur, aussi bien celles des ventricules que celles des oreillettes, sont amincies, molles et flasques.

L'artère coronaire droite présente au niveau de son orifice une plaque d'athérome calcaire qui diminue son calibre de près de moitié à ce niveau. Sur le reste de son étendue, il y a plusieurs plaques athéromateuses, moins saillantes que la précédente. L'artère coronaire gauche, à 1 ou 2 centimètres de son orifice, commence à présenter un athérome calcaire, inté-

ressant toute la circonférence du vaisseau et sur toute son étendue ; il en résulte un rétrécissement tel qu'au bout de 3 ou 4 centimètres, la sonde cannelée la plus fine ne peut plus pénétrer.

Les valvules du cœur sont exemptes de lésions.

L'aorte présente de nombreuses plaques d'athérôme ; elle n'est pas notablement dilatée.

(Rien d'intéressant sur les autres organes.)

Conclusions

α) Le sieur R... est mort d'une rupture spontanée du cœur, préparée par des lésions anciennes du cœur et des artères nourricières (artères coronaires) ;

β) Il existe à la tête et à la partie supérieure du dos quelques blessures sans gravité, occasionnées par la chute ;

δ) La chute résulte, suivant toute vraisemblance, de la syncope occasionnée par la rupture du cœur ;

ε) La mort a donc été produite par une cause naturelle et non par accident.

Il s'agissait, dans cette observation, d'un cocher de fiacre qui était tombé de son siège et qui était mort quelques instants après.

Observation III

(*Vibert. — In Accidents du Travail.*)

INFARCTUS DU CŒUR SOUS LA DÉPENDANCE DE LÉSIONS ANCIENNES.

— CHUTE. — MORT ATTRIBUÉE A TORT A UN ACCIDENT DU TRAVAIL.

P... cinquante-huit ans, cocher de fiacre, a été atteint, il y a six ans, de paralysie du côté droit du corps avec trouble de la parole, qui a duré deux ans et a ensuite complètement disparu. En octobre dernier, il a été pris d'une affection qualifiée de congestion pulmonaire, accompagnée de fièvre et de délire, qui l'a tenu alité pendant un mois, et l'a obligé à interrompre son travail jusqu'au 5 mars.

Le 31 mars, il est rentré chez lui à 5 heures du soir pour prendre un repas composé d'œufs et de lait ; il est reparti aussitôt. Vers 7 heures du soir, il a été trouvé étendu sur la voie publique, près de sa voiture, et incapable de se relever. On l'a conduit à l'hôpital, où il est mort dix minutes après son arrivée.

Autopsie

Vingt-deux jours après la mort. Exhumation.

Putréfaction relativement peu avancée.

Aucune trace de blessures.

Les poumons libres d'adhérences pleurales ne contiennent

pas de tubercules. Ils ne présentent pas de lésions, notamment pas de pneumonie, toutes leurs parties contiennent de l'air et surnagent quand on les plonge dans l'eau. Les bronches sont vides et le tissu pulmonaire est peu congestionné.

Les cavités pleurales contiennent un peu de liquide sanguinolent (Environ 50 centimètres cubes pour chacune).

Le cœur est notablement augmenté de volume par dilatation de ses cavités et non par hypertrophie de ses parois. Il renferme une petite quantité de sang liquide et de caillots.

La valvule mitrale présente à sa partie moyenne quelques dépôts calcaires formant une légère saillie. Les valvules aortiques sont saines.

Les deux artères coronaires sont infiltrées sur toute leur étendue de très nombreux dépôts athéromateux qui les rendent entièrement rigides et qui en plusieurs points rétrécissent leur calibre et le réduisent brusquement à 1 ou 2 millimètres, alors qu'au delà et au deçà le diamètre du vaisseau est deux fois plus grand. Sur chacune des artères coronaires les lésions sont à peu près aussi accentuées.

Sur la paroi du ventricule gauche, près de la cloison interventriculaire, on voit un infarctus du myocarde qui se manifeste, à première vue, par une suffusion sanguine au-dessous de l'endocarde formant une tache d'environ 1 centimètre 1/2 de diamètre. En incisant la paroi à ce niveau, on constate que sur une profondeur d'environ 1 centimètre le myocarde est ramolli ; presque diffluent, de coloration jaune rougeâtre. En pratiquant des incisions sur le reste du myocarde, on aperçoit çà et là de minces travées fibreuses qui sillonnent celui-ci en divers sens.

L'aorte est parsemée sur toute son étendue de plaques athéro-

mateuses parvenues à divers degrés d'évolution. On y voit aussi quelques plaques arrondies ou ovalaires, formant une légère saillie à l'intérieur du vaisseau, et montrant, à l'incision, une substance homogène, grisâtre, de consistance ferme et élastique.

Les diverses parties de l'encéphale ne sont que relativement peu altérées par la putréfaction, et ont presque leur consistance normale. C'est seulement au niveau du lobe frontal gauche que la substance corticale des circonvolutions est ramollie, légèrement rougeâtre, la substance blanche sous-jacente conservant son aspect normal.

Toutes les artères encéphaliques sont athéromateuses ; le tronc basilaire est entièrement rigide, et toutes les autres artères accessibles à la vue sont parsemées de très nombreux points d'athérome.

Observation IV

(*Vibert. — In Accidents du travail.*)

Coup de pied de cheval sur la face, sans aucune lésion intracrânienne. — Mort immédiate. — Affection cardiaque aortique ancienne.

P... soixante ans, palefrenier, ne paraissait pas malade, dit-on, et en tous cas accomplissait régulièrement son travail.

Un jour, dix minutes après qu'il était entré dans une écurie, on l'y trouve mort, étendu sur le sol avec des blessures sur la face.

Ces blessures, produites suivant toute vraisemblance par un

coup de pied de cheval, consistaient en une plaie contuse du menton, en plaies contuses des lèvres, et en fracture du bord alvéolaire du maxillaire supérieur à la partie médiane.

Aucune lésions du crâne, des méninges, ni du cerveau.

Cœur un peu hypertrophié et dilaté. Valvule mitrale portant des dépôts calcaires sur ses bords. Les deux artères coronaires sont parsemées de nombreuses plaques d'athérome, dont beaucoup forment une saillie très marquée, et rétrécissent ainsi le calibre de ces vaisseaux.

L'aorte, un peu dilatée, est absolument couverte, dès l'insertion des valvules sigmoïdes, de plaques d'athérome contiguës les unes aux autres, et parvenues à diverses périodes d'évolution : la plupart sont incrustées de sels calcaires. Ces lésions s'étendent sur toute la longueur de l'aorte ; elles sont un peu moins nombreuses que dans la portion abdominale du vaisseau.

Poumons congestionnés et œdématiés.

Observation V

(*Vibert. — In Accidents du travail.*)

AORTITE AIGUË. — MORT PAR HÉMOPTYSIE

Le sujet de cette observation est un gardien de chantier qui fut trouvé un matin mort et tout ensanglanté dans le chantier qu'il était chargé de surveiller la nuit. L'autopsie a démontré qu'il n'y avait aucune trace de traumatisme quelconque et que la mort était due à une hémoptysie.

Autopsie

Putréfaction commencée, mais peu avancée.

Aucune trace extérieure de violences sur le corps.

Le larynx et la trachée renferment du sang liquide. Les deux poumons présentent sur toute leur surface, aussi bien que sur des coupes, un aspect marbré dû à la réplétion des alvéoles pulmonaires par le sang en diverses régions. Les bronches contiennent du sang liquide jusque dans leurs plus fines ramifications.

On ne trouve pas de tubercules, ni dans les poumons, ni dans les ganglions bronchiques.

Le tissu pulmonaire contient partout de l'air ; tous les fragments qu'on en détache surnagent quand on les plonge dans l'eau.

Le péricarde est rempli de sérosité limpide dont la quantité totale est de 180 centimètres cubes. Il n'y a aucun dépôt sur la face interne du péricarde qui est parfaitement lisse.

Le cœur ne contient qu'un peu de sang liquide. Ses valvules et ses parois sont saines.

L'aorte présente de nombreuses lésions réparties à peu près également sur toute son étendue depuis les valvules sigmoïdes jusqu'à l'origine des artères iliaques. Ces lésions consistent en plaques jaunâtres, de dimensions variables, à contours irréguliers, formant une légère saillie plus ou moins mamelonnée à la face interne du vaisseau. Quand on incise ces plaques, on voit qu'elles sont formées par une substance blanc jaunâtre, homogène, de consistance ferme et élastique. Un petit nombre de ces plaques sont assez régulièrement arrondies et ont une

coloration un peu grisâtre. Deux ou trois plaques seulement sont infiltrées par un dépôt calcaire.

L'estomac renferme une grande quantité de sang noirâtre (environ un 1/2 litre) qui paraît mélangé à quelques matières alimentaires. La muqueuse gastrique ne présente pas de lésions appréciables.

(Pas de lésions des autres organes.)

Dans l'observation suivante, il s'agit d'un ouvrier âgé de cinquante ans, qui, monté sur une voiture de bois, qu'il était occupé de décharger, tomba sur le sol, en tournoyant brusquement sur lui-même, d'une hauteur de 1 m. 50 environ et se tua.

Le médecin qui examina le cadavre ne put se prononcer sur les causes de la mort. Remarque intéressante : le certificat contenait une assertion erronée et le médecin qui examina L... conclut à un enfoncement de la table externe, prenant, pour une crépitation osseuse, la sensation de froissement que donnait le sang épanché.

L'autopsie remit les choses au point et sauvegarda les intérêts de l'employeur.

Observation VI

(Due à l'obligeance de M. le D^r Balthazard.)

MORT ATTRIBUÉE A TORT A UN ACCIDENT DE TRAVAIL! — MORT NATURELLE. — ANGINE DE POITRINE. — MORT 3 SEPTEMBRE 1908. — AUTOPSIE 5 SEPTEMBRE.

Le cadavre est celui d'un homme d'une cinquantaine d'an-

nées, paraissant assez vigoureux et bien constitué. L'état de conservation est très satisfaisant.

Extérieurement on trouve une seule blessure, constituée par une petite plaie contuse, située à 10 centimètres au-dessus de l'oreille droite, longue de 2 centimètres.

Cette plaie surmonte une suffusion sanguine, qui s'étend dans le cuir chevelu sur un diamètre de 5 centimètres et qui présente une épaisseur de 8 à 10 millimètres.

Contrairement à l'assertion contenue dans le certificat, nous ne trouvons pas d'enfoncement même léger de la table externe de l'os à ce niveau ; le médecin qui a examiné le cadavre a sans doute pris pour une crépitation osseuse la sensation de froissement que donnait le sang épanché.

Après ouverture du crâne, on constate l'intégrité des centres nerveux, il n'existe ni fracture du crâne, ni hémorragie cérébrale, ni hémorragie méningée.

Dans le dos, on note deux petites suffusions sanguines à 5 centimètres à droite de la ligne médiane, à hauteur de la pointe de l'omoplate.

Les poumons sont normaux.

Le cœur très hypertrophié pèse 410 grammes, au lieu de 250 à l'état normal. L'hypertrophie porte surtout sur le ventricule gauche, dont la paroi mesure 25 millimètres d'épaisseur.

L'aorte est athéromateuse, ainsi que la valvule mitro-aortique. De plus il existe de petites plaques d'athérome à l'orifice des artères coronaires et ces vaisseaux sont par places considérablement rétrécis par des viroles scléreuses. Les lésions sont surtout accentuées sur l'artère coronaire droite.

L'estomac est à peu près vide. Le foie présente des lésions manifestes de cirrhose, qui témoignent d'habitudes alcooliques ;

il est d'ailleurs volumineux et pèse 2.170 grammes, au lieu de 1.400 à l'état normal.

Les reins paraissent également durs et scléreux sur la coupe, mais la substance corticale a son épaisseur normale. Le rein droit pèse 220 grammes et le gauche 210.

La rate est légèrement hypertrophiée et pèse 170 grammes.

Telles sont les constatations auxquelles a donné lieu l'autopsie de L...

Discussion

L... est mort le 3 septembre 1908. Au cours de son travail, alors que monté sur une voiture il était occupé à en opérer le déchargement, on l'a vu brusquement vaciller, tomber à terre sans pousser un seul cri et succomber. « Il est mort de suite » (Déposition d'un témoin.)

Le problème consiste à déterminer si L... s'est tué en tombant de la voiture sur la tête, ou si, au contraire, il est tombé parce qu'il avait été pris d'un accès mortel. Dans le premier cas il aurait été victime d'un accident du travail, alors que dans le second cas il s'agirait seulement d'une mort spontanée au cours du travail.

Un fait se dégage de l'autopsie, à savoir qu'il n'existe aucune lésion traumatique du crâne susceptible d'expliquer la mort au cours de la chute. La contusion légère du cuir chevelu trouvée dans la région temporale droite ne présente aucune gravité ; la présence de sang coagulé prouve cependant que L... n'était pas encore complètement mort lorsque sa tête a frappé le sol.

L... n'a donc pas succombé aux conséquences de sa chute et cette conclusion pourrait à la rigueur suffire en ce qui con-

cerne la responsabilité patronale. Mais pour parfaire la démonstration, il convient de rechercher les causes probables de la mort.

L'autopsie a démontré que le défunt était un alcoolique invétéré, d'ailleurs l'enquête confirme cette conclusion, puisqu'elle nous apprend que L... avait été renvoyé le mois précédent de la maison où il travaillait parce qu'il s'adonnait par trop à la boisson.

De plus L... était atteint de rétrécissement des artères coronaires du cœur, lésion qui prédispose à la mort subite qu'elle provoque souvent au cours d'un accès d'angine de poitrine.

En dehors de causes évidentes de mort, l'hypothèse la plus plausible consiste à attribuer le décès à l'angine de poitrine.

Conclusions

α) L... a succombé très probablement à un accès d'angine de poitrine, qui a provoqué sa chute ; il n'était pas encore complètement mort lorsque sa tête a frappé le sol, mais il ne s'est fait en tombant que des contusions insignifiantes.

β) L'autopsie établit que la mort n'est pas la conséquence de la chute et qu'elle ne pourrait être par suite envisagée comme un accident du travail.

Observation VII

(Due à l'obligeance de M. le Dr Balthazard.)

MORT SURVENUE PENDANT LE TRAVAIL, ATTRIBUÉE A TORT A UN ACCIDENT. — HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE. — MORT 18 DÉCEMBRE. AUTOPSIE 28 DÉCEMBRE 1907

V... était occupé à manier un treuil lorsqu'il est tombé

brusquement sur le sol, sans prononcer une parole. Relevé aussitôt, il s'est plaint de son bras à ses compagnons. On l'a transporté à l'hôpital Tenon, salle Bichat, où il est bientôt tombé dans le coma. Le bulletin de l'hôpital mentionne qu'il est âgé de quarante-quatre ans et qu'il est mort le 18 décembre, c'est-à-dire le jour même de son entrée ; à 5 heures et quart du soir.

Le Dr P... a été frappé du contraste entre la coloration noire de la tête et du cou, jusqu'aux clavicules, et la blancheur de la peau, qui l'a conduit à émettre l'hypothèse d'une intoxication par des gaz délétères. *

A l'autopsie, on retrouve la coloration foncée de la face, du cou, qui est due uniquement à la putréfaction, ainsi que celle des parties déclives, dos, reins, face postérieure des jambes.

Il n'existe ni fracture de côtes, ni fractures des os longs des membres, ni fracture du crâne.

Après ouverture de la boîte crânienne, on constate qu'il existe dans l'hémisphère cérébral gauche un foyer hémorragique de la dimension d'une petite mandarine, siégeant au niveau des noyaux gris centraux qui sont dilacérés. On retrouve encore un foyer hémorragique, de la grosseur d'une cerise, dans la protubérance annulaire. Le sang a envahi le quatrième ventricule, mais n'a pas sensiblement diffusé dans les méninges.

L'examen le plus minutieux des parois du foyer hémorragique ne permet pas de retrouver l'anévrisme rompu. Toutes les artères cérébrales sont d'ailleurs atteintes d'artério-sclérose très prononcée, et les lésions sont surtout accentuées au niveau des artères de la base du cerveau et de l'hexagone de Willis.

Les poumons présentent à leur partie postérieure des lésions de congestion hypostatique et d'œdème.

Le cœur est volumineux ; le ventricule droit est dilaté, le gauche très hypertrophié. Plaques d'athérome sur les valvules aortiques et sur la crosse de l'aorte.

L'estomac est vide. Le foie, volumineux, ne montre pas de cirrhose. La rate est normale.

Les reins sont un peu atrophiés. Ils se décortiquent aisément, mais sur la coupe l'épaisseur du parenchyme est très réduite ; l'atrophie porte également sur la substance médullaire et sur la substance corticale.

Conclusions

α) La mort de V... est due à la production d'une hémorragie dans les noyaux gris centraux de l'hémisphère cérébral droit et dans la protubérance annulaire.

β) L'existence de lésions, néphrite interstitielle, hypertrophie du ventricule gauche du cœur, artério-sclérose des artères cérébrales, qui prédisposent à l'hémorragie cérébrale, prouve que l'on est en présence d'une mort naturelle, sans aucun rapport avec le travail.

Observation VIII

(Due à l'obligeance de M. le Dr Balthazard.)

EMPLOYÉ DE CHEMIN DE FER MORT PENDANT SON SERVICE. — MORT SUBITE NATURELLE. — ŒDÈME AIGU CHEZ UN BRIGHTIQUE MORT LE 16 MAI. — AUTOPSIE LE 22 MAI 1907.

On ne relève sur le corps aucune trace de violences.

Après ouverture du corps, on constate que le poumon droit

est adhérent à la plèvre alors que le gauche est entièrement libre.

Il n'existe pas dans les sommets des poumons de lésions tuberculeuses en activité, mais dans toute leur étendue les poumons sont congestionnés et gorgés de sérosité sanguinolente qui s'écoule en abondance quand on pratique des coupes dans ces organes. Pas d'embolie de l'artère pulmonaire.

Le cœur est volumineux, à la fois hypertrophié et dilaté, et l'hypertrophie porte surtout sur le ventricule gauche. Le poids du cœur est de 590 grammes, alors que le poids naturel est de 275 grammes environ. Les valvules sont saines. L'aorte n'est pas dilatée et ne présente que de minimes altérations. (Athérome en plaques.)

L'hypertrophie du cœur gauche considérable chez G... conduit à rechercher quel est l'état des reins. Or ceux-ci présentent une anomalie remarquable ; il n'existe qu'un seul rein ayant la forme d'un fer à cheval dont la concavité est tournée en haut et qui offre à considérer trois parties : l'une moyenne, horizontale, placée au-devant de la colonne vertébrale et les deux autres verticales, disposées symétriquement de chaque côté de la colonne à la situation habituelle des reins. Il existe sur ces deux portions verticales deux hiles rénaux, avec calices et bassinets, artère rénale et veines rénales distinctes. On trouve deux uretères qui sont obligés, pour gagner la vessie, de cheminer sur la face antérieure de la partie horizontale du fer à cheval ; le bassinets gauche est un peu dilaté.

Sur la coupe la substance corticale apparaît très réduite d'épaisseur, ayant à peine 2 à 3 millimètres, alors que les pyramides paraissent normales. La capsule se décortique assez facilement. A gauche on trouve incrusté dans le parenchyme rénal

une concrétion uratique ramifiée de 3 à 4 millimètres de diamètre.

Pas de fractures du crâne, pas de lésions des centres nerveux.

L'estomac renferme des débris alimentaires incomplètement digérés, pain, légumes verts mêlés à du vin.

Discussion

Il résulte des documents de l'enquête que G... a dîné avec sa femme comme à l'ordinaire, sans se plaindre d'aucun malaise. A 7 h. 30 il a rencontré un de ses collègues qui s'est entretenu quelques instants avec lui sans rien remarquer d'anormal. Il est ensuite rentré dans sa guérite où à 7 h. 40 le sous-chef de gare l'a trouvé mort.

On est donc en présence d'une mort subite presque foudroyante. L'autopsie en a révélé la cause en établissant que G... était atteint d'une néphrite chronique avec hypertrophie du cœur gauche et même dilatation des deux ventricules. C'est à cette affection qu'il faut rapporter l'œdème suraigu du poumon qui a provoqué la mort subite.

Conclusions

a) G... a succombé à la suite d'un œdème suraigu du poumon dont la production a été favorisée par une néphrite chronique avec hypertrophie cardiaque considérable.

b) Il résulte de l'autopsie que la mort est naturelle et qu'elle n'a pas été provoquée par un traumatisme ou toute autre cause dépendante du travail.

Observation IX

(Due à l'obligeance de M. le D^r Balthazard.)

MORT SURVENUE PENDANT LE TRAVAIL CONSÉCUTIVE A UN EFFORT. — MORT 1^{er} NOVEMBRE. — AUTOPSIE 6 NOVEMBRE 1908.

Le cadavre n'est pas putréfié. A 7 centimètres au-dessus du pavillon de l'oreille gauche, on trouve une plaie contuse, linéaire de 27 millimètres de longueur, de direction horizontale, avec décollement de la lèvre supérieure. Une suffusion sanguine de 6 centimètres de diamètre et de faible épaisseur siège dans l'épicrâne au-dessous de cette plaie.

Il n'existe pas de fracture du crâne, pas d'hémorragie cérébrale ou méningée, on note seulement un peu d'infiltration séreuse des méninges.

Après ouverture du cadavre, on trouve un peu de congestion et d'œdème pulmonaires.

Le cœur est modérément hypertrophié, pas de lésions valvulaires. L'aorte est athéromateuse; des plaques d'athérome de la grandeur d'une pièce de 50 centimes siègent sur la tunique interne au voisinage des valvules et des origines des artères coronaires. Une dissection attentive permet de reconnaître que l'artère coronaire droite est complètement oblitérée, à partir de 2 millimètres de son origine, l'artère coronaire gauche présente sur tout son parcours un rétrécissement très notable de sa lumière.

L'estomac renferme environ 100 grammes de liquide couleur café au lait.

Le foie est normal de même que les reins. La rate est un peu hypertrophiée et pèse 260 grammes.

Discussion

L'enquête a appris que le cocher M... est mort subitement le 1^{er} novembre, à minuit 36 minutes, après être tombé de son siège. Quelques instants auparavant le cheval était tombé, M... avait dû faire de violents efforts pour le relever.

Dans ces conditions l'autopsie ne laisse pas le moindre doute sur les causes de la mort ; M... était atteint d'une oblitération de l'artère coronaire droite et d'un rétrécissement de l'artère coronaire gauche, lésions qui entraînent une irrigation insuffisante du muscle cardiaque ; chez les individus qui présentent de telles lésions, on observe souvent, sous l'influence d'une fatigue anormale, des crises d'angine de poitrine, au cours desquelles la mort a pu survenir.

C'est ainsi que les choses se sont passées chez M..., et la crise d'angine de poitrine a provoqué la chute ; certes, M... n'était pas mort lorsqu'il est venu frapper contre le sol, puisque la petite plaie du cuir chevelu a saigné et présente les caractères des plaies faites pendant la vie. Mais il est certain que l'on ne se trouve pas en présence d'une chute accidentelle qui aurait été la cause de la mort ; il n'existe en effet ni fracture du crâne, ni hémorragie cérébrale, susceptible d'expliquer la mort.

Conclusions

1^o La mort de M... est due à une crise d'angine de poitrine, consécutive au rétrécissement des artères coronaires du cœur, et

favorisée par les violents efforts que ce cocher a dû faire quelques instants auparavant pour relever son cheval ;

2° M... est tombé de son siège parce qu'il a été atteint d'angine de poitrine, et sa mort n'est nullement la conséquence de sa chute.

Observation X

(Due à l'obligeance de M. le Dr Balthazard.)

LÉSIONS TRÈS PRONONCÉES DE CORONARITE. — MORT ATTRIBUÉE A TORT A UN ACCIDENT DU TRAVAIL

Le cadavre est celui d'un homme d'aspect assez vigoureux et bien constitué. La putréfaction est avancée : l'abdomen, le thorax, la face et la racine des membres ont une teinte verte foncée ; il existe des gaz en abondance dans l'intestin, le thorax et surtout le scrotum. Il n'existe aucune trace de violences extérieures.

Le cadavre, d'après les indications contenues dans le procès-verbal du commissaire du police, a été retiré de l'eau au bout de deux heures de séjour, et en effet nous constatons que la macération de l'épiderme est à peine dessinée.

A l'ouverture du cadavre, on ne trouve pas aux poumons l'aspect turgide qu'ils ont chez les noyés ayant respirés dans l'eau et fait pénétrer de l'eau dans leurs voies aériennes. Le larynx, la trachée sont remplis de matières alimentaires identiques à celles que l'on retrouve dans l'estomac, et dont la quantité est telle qu'elles ont causé l'obstruction des voies aériennes et provoqué l'asphyxie. Ces mêmes substances étrangères se

retrouvent d'ailleurs dans les bronches de gros calibre, alors que les particules ont pénétré jusqu'aux plus fines ramifications bronchiques. Les poumons ne contiennent que fort peu d'eau et de sang.

Le cœur présente des lésions très accentuées de sclérose et d'athérome artériel. On trouve en effet des plaques assez volumineuses d'athérome sur la tunique intense de l'aorte; l'orifice des artères coronaires est pénétrable, mais en ouvrant ces vaisseaux sur la sonde cannelée, on constate que la lumière est rétrécie sur plusieurs points par des plaques scléreuses en forme de viroles. De cette constatation, il ne résulte nullement la preuve que C... a succombé à une maladie de cœur, mais bien qu'il était de ceux chez lesquels on peut voir apparaître des accès d'angine de poitrine, avec comme corollaire la mort subite au cours d'un des accès.

Le foie est volumineux et cirrhotique, il pèse 1920 grammes. La rate pèse 200 grammes.

L'estomac contient environ 500 grammes de matières alimentaires qui n'ont pas encore subi le moindre commencement de digestion, et qui sont constitués par de la viande, du pain, de la salade, le tout mêlé de vin. Ces aliments ne semblent pas dilués par de l'eau qui aurait été déglutie pendant la submersion.

Les reins ont une substance corticale fort réduite d'épaisseur et mesurant 5 millimètres environ.

Les centres nerveux paraissent indemnes; il n'existe pas de fractures de crâne.

Discussion

Le rétrécissement des artères coronaires que nous avons

trouvé à l'autopsie explique les accès d'étourdissements dont était atteint G..., ainsi qu'il résulte de plusieurs témoignages recueillis dans l'enquête. La veille même de sa mort, C... avait dû rester chez lui à cause d'un de ces accès, ainsi qu'il l'a raconté à l'un de ses camarades. Les accès dont souffrait le défunt avaient une certaine gravité, puisqu'une fois au cours de son travail, il était tombé d'une hauteur de 1 m. 50, étant sur un échafaudage.

Que C... ait été pris d'un étourdissement qui provoqua sa chute dans l'eau, le fait ne semble pas douteux, puisque sans aucune cause il est tombé brusquement à la renverse.

Le problème consiste à déterminer si la mort est survenue dans l'eau ou avant la chute ; dans le premier cas on pourrait arguer que la mort ne s'est produite que parce que C... occupait une position dangereuse et que le même étourdissement survenant alors que le défunt eût été sur le sol, n'aurait provoqué aucun accident sérieux.

Déjà l'examen des poumons et de l'estomac ne plaide pas en faveur d'une mort par submersion ; l'examen cryoscopique du sang des deux cœurs démontre nettement que C... n'a pas respiré dans l'eau et qu'il n'a pas pénétré d'eau dans les voies aériennes. Le point de congélation du sang du cœur droit est un effet de — 1°38 et celui du sang du cœur gauche de — 1°36.

Deux hypothèses restent donc seules en présence ou bien C... a succombé brusquement à la suite de l'apoplexie provoquée par le passage des aliments dans les voies aériennes, ou bien il a eu un vertige et la chute dans l'eau après un repas assez copieux a déterminé une syncope réflexe. Entre ces deux hypothèses il est impossible de trancher de façon certaine,

mais il est très vraisemblable d'admettre que la mort de C... fut survenue même s'il n'était pas tombé à l'eau.

Conclusions

1° C... a été pris d'un accès d'étourdissement au cours de son travail, accès auquel il était sujet, si l'on s'en rapporte aux témoignages ;

2° L'autopsie a démontré que la cause de ces accès pouvait être placée dans une lésion des artères coronaires du cœur ;

3° C... n'a pas respiré dans l'eau ; il était déjà mort lorsqu'il y est tombé, ou bien il a succombé à une syncope consécutive au passage des aliments dans les voies aériennes, à la suite de sa chute brusque dans l'eau. Toutes les probabilités sont en faveur de la première hypothèse, si bien que le décès de C... paraît constituer une mort spontanée au cours du travail et non un accident du travail.

Observation XI

(Brouardel.)

MORT SUBITE PAR RUPTURE DU CŒUR

Un homme de soixante ans, ayant pour profession d'arroser les rues de Paris, marchait sur le boulevard extérieur à côté du cheval qui traînait son tonneau, lorsqu'il tombe sans connaissance sous sa charrette, dont la roue lui passe sur la main ; on le relève à l'instant ; il était mort.

Autopsie

Le péricarde était rempli de sang et de caillots. A la partie moyenne de la face postérieure du ventricule gauche, on trouva une déchirure irrégulière. Ce ventricule était dilaté ; ses parois étaient amincies, ramollies.

Observation XII

(Due à l'obligeance de M. le Dr Socquet.)

MORT NATURELLE, ATTRIBUEE A TORT A UN ACCIDENT DU TRAVAIL

Le cadavre est celui d'un homme de petite taille (1 m. 53), paraissant assez vigoureux. La rigidité cadavérique a complètement disparu et la putréfaction n'est pas commencée. A l'examen extérieur du corps on ne relève aucune trace de violences actuellement appréciables.

Ouverture du corps. — Il n'y a pas d'épanchement sanguin sous le cuir chevelu. Les os du crâne ne sont pas fracturés ; les méninges ne sont pas congestionnées ; le cerveau, le bulbe et le cervelet ne présentent aucune lésion macroscopique actuellement appréciable.

A l'ouverture de la poitrine, on constate dans la cavité pleurale droite un épanchement de sang en partie coagulé, extrêmement abondant (1.850 cmc.). Le lobe supérieur du poumon droit est adhérent ; le poumon gauche présente quelques adhérences pleurales et dans le sommet de ce poumon se trouvent quelques tubercules. Le poumon droit est congestionné.

Le péricarde est complètement adhérent au cœur sur toute

son étendue (symphyse cardiaque ancienne) ; les cavités du cœur sont vides ; les valvules sont saines. L'aorte présente à 5 centimètres environ au-dessus de ses valvules une poche ou dilatation anévrismale du volume du poing d'un adulte ; cette dilatation est située sur le bord droit de l'aorte, elle fait donc saillie à l'intérieur de la cavité pleurale droite ; les tuniques sont, pour ainsi dire, disséquées et on constate une déchirure de cet anévrisme sur une longueur de 25 millimètres environ. A l'intérieur se trouve un caillot sanguin.

L'estomac est absolument vide ; sa muqueuse est saine.

Le foie est en partie putréfié.

La rate n'est pas diffluent.

Les reins paraissent sains et se décortiquent facilement ; la substance corticale n'est pas atrophiée.

Il n'y a pas d'épanchement à l'intérieur de la cavité abdominale ; les intestins paraissent sains.

La vessie est vide et sa muqueuse est saine.

Conclusions

La mort de Z... est naturelle, elle est le résultat d'une hémorragie interne consécutive à la rupture d'un anévrisme de l'aorte. Elle ne saurait donc être considérée comme la conséquence d'un accident du travail.

CHAPITRE III

Le problème à résoudre se complique singulièrement quand, en présence de lésions organiques importantes, capables — comme les observations précédentes le démontrent — d'expliquer la mort par leur intensité même, on trouve en plus les manifestations non équivoques d'un traumatisme violent capable, lui aussi, d'expliquer l'issue fatale par les désordres qu'il a provoqués.

L'ouvrier qui a éprouvé une perte de connaissance attribuée à une lésion devant amener la mort rapide est-il un accidenté quand, dans cette période agonique, il se fait, par suite de chute, une lésion traumatique intense ?

L'observation suivante empruntée à Vibert est caractéristique.

Observation XIII

(*Vibert. — In Accidents du Travail.*)

RUPTURE DU CŒUR PAR LÉSIONS ANCIENNES. — CHUTE. — FRAGTURE DU CRANE. — MORT ATTRIBUÉE A TORT A UN ACCIDENT DU TRAVAIL

G..., soixante-cinq ans, cocher de fiacre, en conduisant sa voiture pendant la nuit, est tombé de son siège sans que

cette chute ait été provoquée par un heurt ou un choc. Quand on s'est approché pour le ramasser il était mort.

Autopsie

Le péricarde est rempli par un épanchement de sang entièrement coagulé. Cet épanchement provient d'une déchirure du cœur, laquelle est située à peu près au milieu de la hauteur du ventricule gauche, à 4 centimètres de la cloison interventriculaire à laquelle elle est parallèle. Elle forme une fente longitudinale, longue de 3 centimètres et intéresse toute l'épaisseur de la paroi. Ses bords sont réguliers, très légèrement déchiquetés et imbibés de sang. Le cœur a d'ailleurs ses dimensions à peu près normales. Son tissu musculaire n'offre pas d'altérations appréciables à l'œil nu, sauf au niveau de la déchirure et sur une zone de 2 à 3 centimètres autour de celle-ci. En cette région, le myocarde offre une teinte légèrement jaunâtre et une consistance plus friable que sur le reste de son étendue.

L'endocarde ne présente pas de lésions, sauf au niveau de la valvule centrale qui est épaissie en plusieurs points.

Les artères coronaires présentent de nombreuses plaques d'athéromes qui rétrécissent çà et là leur calibre.

Les valvules aortiques sont intactes. Immédiatement au-dessus d'elles, l'aorte est parsemée de plaques d'athéromes nombreuses, saillantes, qui se continuent jusqu'au sommet de la crosse, point à partir duquel elles commencent à devenir plus rares. La portion initiale de l'aorte a subi aussi un peu de dilatation.

Poumons libres d'adhérences ; sains, ni congestionnés, ni œdématisés.

Crâne fracturé suivant une ligne qui parcourt tout le pariétal et l'écaille du temporal du côté droit. Ecchymose sous la moitié droite du cuir chevelu.

Pas d'épanchements sanguins ni d'autres lésions intracrâniennes.

Dans ce cas, M. le Dr Vibert fait remarquer que la chute avait occasionné une fracture du crâne et que la chute avait été elle-même provoquée par une syncope.

Les témoins de l'accident avaient en effet remarqué que la voiture allait à une allure lente, et qu'elle n'avait subi ni choc ni heurt. Ils s'étaient rendus compte que le cocher, qui s'était affaissé sur son siège, avait ballotté quelques instants avant de tomber.

Dans le cas précité, le témoignage des personnes présentes, lors de l'accident, a permis de donner au problème la solution la plus vraisemblable. Si les témoignages n'avaient pas permis d'élucider la question la jurisprudence, dans le cas relaté ci-dessus, aurait vraisemblablement considéré la mort comme consécutive à un *accident du travail*, et n'aurait tenu aucun compte de l'état antérieur du défunt, état qui aurait été considéré par les magistrats comme aggravé par les *conditions du travail* et par les risques auxquels la victime avait été exposée.

*

Si lors de l'autopsie d'un sinistré, victime d'un acci-

dent du travail, nous trouvons des lésions organiques considérables : telles que méningite, abcès du cerveau, du cervelet, lésions devant produire irrémédiablement et à bref délai une issue fatale, mais n'ayant avec le traumatisme, cause de la mort, aucune relation de cause à effet, doit-on en tenir compte lors du règlement de l'indemnité ?...

Dans un cas analogue, la Cour de Nancy a déclaré, dans un jugement rendu le 10 novembre 1902, que, si l'état antérieur est sans influence sur le droit à l'indemnité, il est de nature à influencer sur la détermination de la rente.

Actuellement, nous pensons que cette manière d'interpréter certains faits, de compliquer même les choses les plus simples, ne serait plus admise. Dans le cas contraire il serait facile, pour chaque cas donné, d'entrer dans une foule de considérations et de soulever à tout instant des discussions oiseuses. Or, c'est ce que le législateur a voulu éviter à tout prix. Si la loi de 1898 avait été élaborée par des médecins, il est à peu près certain que nous serions gratifiés à l'heure actuelle d'une multitude de considérations, de tableaux, où l'expert le plus habile aurait certainement du mal à s'y reconnaître.

Il est illogique de faire entrer en ligne de compte, pour le règlement de l'indemnité, la participation d'une lésion considérable, mais n'ayant pas avec le traumatisme une relation même de cause à effet. Que l'individu ait une méningite, un ulcère de l'estomac, un cancer quelconque — lésions qui doivent entraî-

ner la mort dans un laps de temps plus ou moins proche — peu nous importe, et leur existence reconnue ne doit pas influencer sur la détermination de la rente. Cet ouvrier atteint de méningite et qui est mort *au cours du travail* de contusions abdominales, thoraciques, de rupture de foie, aurait peut-être vécu fort longtemps encore sans la production de l'accident, c'est-à-dire de ce fait anormal, soudain et violent.

Du reste nous n'avons pas à dire que telle ou telle lésion organique devait occasionner la mort dans un laps de temps donné, pour la raison bien simple que nous ne le pouvons pas par suite du nombre considérable de facteurs qui entrent en jeu. A chaque pas nous sommes déroutés par les phénomènes vitaux les plus intimes de notre organisme, phénomènes qui semblent, en certains cas, faire exception aux lois générales les mieux confirmées. Nous ignorons la manière d'être de chaque individu : nous savons qu'il réagira, mais nous ignorons de quelle façon se fera la réaction.

CHAPITRE IV

Dans certains cas la mort, reconnue naturelle, sans participation aucune d'un traumatisme quelconque, peut encore, de la part des ayants droit de la victime, soulever une multitude de contestations. S'appuyant, en quelque sorte, sur les conclusions du médecin-expert, la famille du défunt peut prétendre que, si la mort doit, en réalité, être attribuée à des causes naturelles, elle a été néanmoins provoquée par certaines *conditions du travail* qui ont aggravé des lésions silencieuses où jusque-là bien compensées. La famille a toujours la possibilité, s'en rapportant aux témoignages des compagnons du défunt, de prétendre que la mort, survenue par hémorragie, par rupture anévrysmale, a eu lieu par le fait *du travail*, par les *conditions du travail*. Une hémorragie quelconque, dont la cause réelle est due à un processus pathologique, sera interprétée comme conséquence d'un **effort** fait par la victime. Dans ces conditions, et en face du problème ainsi posé, le médecin légiste devra donc considérer le rôle de l'effort et examiner si la relation de cause à effet est admissible.

Qu'est-ce donc que l'effort et dans quelles conditions peut-il provoquer la mort ? L'effort — et c'est

la définition que nous donnent les traités de physiologie — est une contraction musculaire intense dans le but de vaincre une résistance extérieure considérable. L'effort, somme toute, est donc un travail ; tel est son but. Mais l'intérêt pour nous qui domine toute la question, c'est de connaître les modifications profondes qu'il provoque dans tout l'organisme et de rechercher si la mort peut se produire du fait de l'effort.

L'effort est un phénomène perturbateur profond de la circulation. Le cœur, la circulation artérielle, veineuse, sont modifiés d'une façon très sensible. Lors de sa production la cage thoracique et l'abdomen sont violemment refoulés ainsi que les organes qu'ils renferment. Au moment où le thorax est comprimé par la contraction des muscles qui s'insèrent sur le gril costal et au moment où se produit la fermeture de l'arbre aérien par la glotte, il y a augmentation brusque de la pression intrathoracique et les vaisseaux pulmonaires, sous l'action de ces deux facteurs, rejettent le sang qu'ils contenaient dans le cœur gauche et par suite dans la circulation générale.

Mais une partie du territoire artériel échappe à cette hypertension : seules, en effet, les régions de la tête, du cou, du thorax et des membres supérieurs vont avoir à supporter tout l'effort. La contraction des muscles de la paroi abdominale comprime l'aorte, arrête, par suite, l'ondée sanguine se dirigeant vers les membres inférieurs et augmente, par ce fait, la pression dans les organes précités. L'effort, si

violent soit-il, ne peut donc pas amener la rupture d'une poche anévrysmale siégeant au creux poplité.

Par contre, c'est du côté des régions céphaliques que la tension atteint son maximum. En effet, la contraction des muscles thoraciques s'oppose au reflux du sang venant de l'encéphale et se dirigeant vers le ventricule droit. Aussi voyons-nous se produire du côté du cerveau une stase sanguine considérable avec augmentation du volume de cet organe. Conséquence : prédisposition favorable à la production d'une hémorragie cérébrale.

Nous voyons que le brusque changement qui se produit dans tout l'organisme par suite d'un effort — changement sans importance chez un sujet sain — peut, au contraire, produire de graves perturbations, pour ne pas dire la mort, chez un sujet prédisposé. Par les faits qui précèdent, s'expliquent très facilement les différents accidents qui se produisent dans les organes de la circulation.

Le médecin-expert, si on soulève cette question, devra, en se basant sur les dires des personnes témoins de l'accident, s'informer à quel moment de l'effort la mort s'est produite. Au début de l'effort, comme le fait remarquer F. Franck, « le danger est du côté des artères tandis que lors de la cessation de l'effort le danger se reporte surtout sur le cœur droit et les vaisseaux pulmonaires, à cause de la surcharge qui leur est alors imposée ».

Quand on a reconnu que la mort a été occasionnée par hémorragie (hémoptysic, hématomèse, hémorra-

gie cérébrale) et que cette hémorragie est consécutive au prétendu effort fait par la victime, il faut avant tout poser comme principe qu'un effort, si extraordinaire fût-il, est insuffisant par lui-même pour amener l'hémorragie et que l'organisme était déjà sous le coup d'un processus morbide plus ou moins avancé.

On doit donc admettre l'effort comme cause d'hémorragie, consécutivement de mort, mais à la condition qu'il y ait eu, de la part de la victime, *non seulement effort mais effort extraordinaire, plus considérable que de coutume, c'est-à-dire accident*.

L'accident, en effet, est un événement imprévu, soudain, se réalisant dans un laps de temps relativement court, dont on peut préciser exactement le moment d'apparition, dont les conséquences sont de nature à entraîner chez le sujet qui en est la victime, soit médiatement, soit immédiatement des altérations dans son état physique et intellectuel et même la mort.

Prenons un exemple : un ouvrier tonnelier porteur d'anévrisme ou en puissance de tuberculose qui, en descendant une pièce de vin en cave déploie une force (la corde de halage s'étant subitement rompue) pour empêcher cette pièce de descendre trop rapidement et, par suite, de se briser par choc plus ou moins violent, fait, dans ce cas, réellement un effort qui doit être considéré comme *accident du travail*, s'il survient quelque accident fâcheux. Il y a bien eu, dans ce cas, événement imprévu, soudain, se réalisant dans un laps de temps relativement court ;

en un mot nous sommes en présence d'un cas répondant en tous points au texte de la définition. La hernie, les hémorragies diverses sont donc bien — si elles se produisent dans ces conditions — *des accidents du travail*.

Tout différent serait le cas de notre homme s'il succombait, victime d'hémorragie, en se livrant à ses occupations habituelles. On ne peut pas, logiquement, considérer comme *accident du travail* la mort survenant au cours des occupations journalières. Le fait de rouler des tonneaux implique bien l'idée d'effort, mais non d'un effort extraordinaire.

Identiquement le fait pour le fort de la Halle de porter un poids de 100, 200 kilos même n'implique nullement l'idée d'effort ; mais, si, au cours de son travail, par suite d'un heurt ou d'un choc, il produit une contraction intense d'un groupe de muscles dans le but de rétablir son équilibre et de maintenir sa charge, il y a alors véritablement effort car il s'est produit en cette circonstance un accident.

Becker, dans son ouvrage *Guide du Médecin expert en matière d'Accidents du Travail*, rapporte un intéressant jugement de l'Office impérial allemand des assurances, niant une relation, même médiate, entre un accident et la mort d'un ouvrier tuberculeux.

Cet homme fut pris d'hémoptysie tandis que, aidé de deux compagnons, il était occupé dans une carrière de pierres à retourner, avec des leviers, un bloc

pesant 3 1/2 à 4 quintaux (quintal : 50 kilos) ; la mort fut foudroyante.

S'appuyant sur les déclarations des compagnons de travail et sur le rapport du médecin de district, l'Office impérial reconnut que le travail effectué, au moment de la mort, n'était pas particulièrement difficile, qu'il ne dépassait pas les bornes habituelles du sujet, qu'il n'avait pu exercer une influence nuisible sur son état physique et que l'hémoptysie qui l'a foudroyé était la conséquence exclusive de l'évolution normale de la tuberculose pulmonaire très avancée dont il était atteint.

L'effort peut-il provoquer la mort par rupture de la colonne vertébrale atteinte de lésions pathologiques ?

Ces cas sont relativement rares, la tuberculose vertébrale empêchant généralement le malade de se livrer à un travail quelconque. Cependant Nélaton rapporte le cas suivant qui nous oblige à admettre la fracture de la colonne vertébrale par effort, par contraction musculaire en vue d'un travail à effectuer. Il s'agissait d'un garçon marchand de vin qui, portant un broc de chaque main, vit tout à coup sa taille diminuer en même temps qu'apparaissait dans son dos une gibbosité. Jusque-là le malade n'avait accusé aucun symptôme. Non moins intéressant et typique est le cas rapporté par Golebiewsky : il s'agit de la fracture de la colonne vertébrale, atteinte de lésions tuberculeuses, consécutive à l'effort fait en soulevant un fardeau de poids moyen.

Il va sans dire que la mort, dans les cas de ce genre, est généralement subite.

De même l'effort peut produire la rupture de certains organes de la cavité splachnique, préalablement altérés par un processus pathologique. Très fréquemment, on a vu un effort, violent ou minime, occasionner la mort par rupture de la rate, par hémorragie, consécutive à cette rupture.

Vincent rapporte l'observation d'une femme qui, *en soulevant un fardeau*, sentit soudain un craquement. L'issue fatale se produisit quatre jours après par hémorragie. A l'autopsie on trouva une grande quantité de sang dans le péritoine. La rate était fissurée et ressemblait à de la gelée de groseille.

Quelquefois la mort est beaucoup plus rapide ; « dans ces cas, écrivait Barrallier, il ne s'agit pas d'une hémorragie de la rate, mais d'une hémorragie par la rate ».

On doit donc pour des raisons physiologiques, qui tendent à être consacrées par la jurisprudence, admettre la mort par suite d'un effort quand bien même, au préalable, il y avait altération des tissus.

La question délicate à trancher consiste en l'appréciation de ce point suivant : Où finit l'effort ordinaire ? où commence l'effort extraordinaire, c'est-à-dire l'accident ?

Il s'agit alors d'une question personnelle, d'appréciation approximative, rendue plus ou moins difficile à interpréter par les dires des témoins, par leurs

contradictions, car il est évident que la besogne qui est un jeu pour l'un est un effort pour l'autre et réciproquement.

Est-ce que la **position du corps** peut favoriser la mort par aggravations de lésions préexistantes ?

La position du corps est à examiner : il est évident que l'ouvrier qui, pour les nécessités du travail, donne à ses organes thoraciques, encéphaliques, etc. une position inaccoutumée, favorise, par ce fait, l'afflux sanguin au niveau des régions situées sur le plan le plus déclive et la congestion accidentelle de ces organes peut favoriser la mort chez un individu prédisposé.

Quand, par exemple, un individu, porteur d'anévrisme siégeant sur une artère du cerveau, prend une position penchée, il favorise de ce fait l'afflux sanguin au niveau de ses centres encéphaliques et, par suite, la rupture de la poche anévrismale.

On doit considérer comme *accident du travail* l'événement imprévu, survenant dans l'accomplissement d'une tâche pénible, non excessive, accident grandement favorisé par des conditions exceptionnellement défavorables.

R. Sand a considéré comme *accident du travail* la production d'une hernie favorisée par la position défectueuse que l'ouvrier était obligé d'imprimer à son corps en vue de l'exécution du travail. « Des blocs de bois, pesant chacun une quarantaine de kilos, sont disposés de telle façon que l'ouvrier

chargé de les déplacer doit se dresser sur la pointe des pieds pour arriver à les saisir ; il est forcé ensuite, pour passer le bloc à son compagnon, placé au-dessous de lui, d'effectuer une rotation et une flexion considérable du tronc. De plus cet ouvrier n'a, pour base de sustentation, que deux poutres, séparées l'une de l'autre par un intervalle assez grand, ce qui le force à se tenir les jambes écartées. Une hernie survenue dans ces conditions est un accident du travail, non pas qu'il y ait eu effort, mais parce que les conditions dans lesquelles cette tâche devait être exécutée rendait celle-ci exceptionnellement pénible.

Le **milieu ambiant** peut-il favoriser la mort par aggravation subite de lésions préexistantes ?

L'Office impérial allemand admet le principe de l'aggravation d'une lésion préexistante quand les conditions du milieu extérieur, où travaillait la victime ont été susceptibles de l'aggraver et, par suite d'entraîner la mort.

Un ouvrier mineur fut trouvé mort au siège de son travail. La demande d'indemnité de la veuve se basait principalement sur l'état d'intégrité de son mari lorsqu'il se rendit à son travail ; elle fut rejetée pour les motifs suivants : les rapports médicaux sont unanimes à attribuer la mort à l'apoplexie cérébrale, cette maladie peut être considérée comme le fait d'un accident, si elle est provoquée par un événement extérieur, en rapport avec le travail ; dans le

cas présent, l'existence d'un pareil événement n'est pas prouvée. Les dépositions des témoins, au contraire, tendent à faire admettre que l'endroit où travaillait le défunt, et près duquel on a retrouvé son corps, se trouvait dans de bonnes conditions hygiéniques et que rien ne démontre qu'il y ait eu accident du travail.

Tout différent aurait été l'arrêt rendu si l'hémorragie cérébrale due à un anévrisme, par exemple, avait été favorisée par une chaleur excessive ou par une insolation. Mais faut-il encore que ces phénomènes atmosphériques revêtent un caractère insolite pour que l'on puisse admettre l'idée d'accident.

La mort, par aggravation de lésions préexistantes, peut être favorisée par les conditions du travail et il faut considérer la mort comme accidentelle quand le travail exécuté ne rentre pas dans les attributions ordinaires de l'ouvrier.

La mort, survenant chez un ouvrier qui, pour les nécessités du travail, passe d'une température douce, où il avait coutume de travailler journellement, à une température surchauffée pour remplacer momentanément un ouvrier absent, doit être considérée comme consécutive à un *accident du travail* si l'ouvrier déplacé est frappé d'une attaque d'apoplexie.

CHAPITRE V

Il existe des lésions organiques qui traduisent, à un moment donné, leur existence insoupçonnée par la production plus ou moins prononcée de certains troubles mettant l'individu malade dans une situation d'infériorité incontestable. A l'autopsie on peut découvrir de ces lésions susceptibles de produire l'ictus, la syncope, la perte de connaissance, mais incapables, par elles-mêmes, d'engendrer la mort qui, elle, a été occasionnée par le traumatisme. La mort, par traumatisme, a été favorisée par la crise qui elle, somme toute, fut la cause réelle de l'accident.

Quelles sont les lésions qui, par leur manifestation, peuvent produire cette perte du sentiment dont les conséquences sont si graves ?

Les affections qui produisent ces troubles sont multiples et peuvent facilement être diagnostiquées lors de l'autopsie. Contentons-nous seulement de signaler les plus fréquentes ; en premier lieu, citons les affections cérébrales : telles que l'épilepsie, la pachyméningite qui sont occasionnées par des altérations macroscopiques assez considérables. On découvre alors des adhérences des méninges, des **néo membranes** infiltrées de sang qui se trouvent le

plus souvent à la face interne de la dure-mère, de petits hématomes enkystés qui se sont formés à la longue, très bien supportés un temps relativement assez long, et qui, un jour, sans causes apparentes, traduisent leur existence par la production d'une crise dont les conséquences peuvent être mortelles si les conditions du travail exposent au risque d'une chute. Citons également l'angine de poitrine qui reconnaît pour cause l'ischémie plus ou moins prononcée du cœur par coronarites. Nous trouvons alors sur les artères nourricières du cœur des lésions athéromateuses, telles que l'artério-sclérose, l'endarterite provoquant plus ou moins le rétrécissement ou pouvant même amener l'oblitération de ces vaisseaux. L'examen ici devra être très approfondi, car suivant le degré d'oblitération de ces artères, on doit penser, soit à une simple crise, soit au contraire à une crise suivie de mort. Il est évident que quand la lumière des vaisseaux s'oppose au passage d'une sonde d'une extrême finesse, il existe des raisons sérieuses de penser que la mort a été subite et due à l'ischémie du cœur.

Le patron, ou la compagnie d'assurances qui se substitue à lui, pourront-ils, connaissant les résultats de l'autopsie, refuser d'indemniser les ayants droit de la victime sous prétexte que si le traumatisme est la cause efficiente de la mort, c'est en réalité la lésion organique préexistante, provoquant la perte de connaissance, enlevant par ce fait à la victime les moyens de défense dont le sujet sain dis-

pose, qui, elle, est la cause réelle de cette mort ?

Ici se pose de ce fait l'intéressante question de la considération de l'état antérieur de la victime et du rôle plus ou moins aggravateur des antécédents du sinistré par rapport aux blessures et à la mort qui se sont produites *au cours du travail*.

Cette question de l'état antérieur, ou, pour parler plus explicitement, la question des rapports entre les différentes diathèses dont on peut être porteur antérieurement à l'accident et le traumatisme, cause de la blessure ou de la mort, est une de celles qui ont préoccupé et qui préoccupent encore le plus médecins et jurisconsultes.

Durant toute la discussion sur la loi dite « loi sur les accidents du travail » un assez grand nombre de médecins, de jurisconsultes espéraient voir appliquer en matière civile le principe posé par Fodéré en matière pénale : « Tout ce qui ne dépend pas à proprement parler de la nature de la blessure ne saurait être appliqué à son auteur. » A la Société de Médecine légale, Floquet avait mis cette question à l'ordre du jour et concluait de la façon la plus formelle que l'on devait tenir compte de cet état antérieur et quand des complications survenaient chez un prédisposé, à la suite d'une blessure, on devait seulement indemniser la victime dans la proportion où l'aurait été un sujet normal chez qui de semblables complications ne seraient point survenues. Aussi, M. Benoit, président de la Cour d'appel, pouvait-il résumer les avis des membres de cette

Société, certain de ne point être contredit, en déclarant que « si le blessé était malade avant l'accident, la blessure n'est pas la cause directe des complications ; il y a un tempérament à apporter à la responsabilité de l'auteur ».

Dans le cours de la discussion sur la loi, dite de 1898, un député, M. Dron, qui avait déposé l'amendement suivant à savoir : que les indemnités ne seraient dues qu'aux conséquences directes et immédiates des accidents et non aux aggravations résultant de lésions ou infirmités, fut prié de retirer cet amendement, implicitement contenu déjà, déclara le rapporteur, dans le texte de la loi, afin de ne point surcharger inutilement cette dernière.

Lors de sa promulgation, la loi était sur ce sujet d'un mutisme absolu et le législateur, qui avait laissé de parti pris ce point dans l'ombre, semblait vouloir s'en rapporter à la jurisprudence du soin de trancher cette question.

Au début de l'application de cette loi, certains arrêts tenaient compte de l'état antérieur de la victime.

Le tribunal de Lorient, dans un jugement rendu le 13 décembre 1901, déclare que l'on doit tenir compte de la maladie antérieure ou de la prédisposition de la victime.

Se déclarent, en outre, partisans de cette jurisprudence :

Le juge de paix du premier canton du Mans,
4 mai 1900 ;

Le tribunal civil de Limoux ;

La Cour de Bordeaux, 18 décembre 1900.

D'autres arrêts, au contraire, ne s'en préoccupaient nullement.

Le tribunal d'Orléans déclare qu'il n'a pas à rechercher s'il existait dans la constitution physique de la victime des motifs pouvant atténuer ou faire disparaître la responsabilité patronale.

La Cour de Rouen, dans un arrêt rendu le 17 février 1901, déclare : « l'expression de l'article 3 de la loi de 1898 — accident suivi de mort — n'indique pas que la responsabilité de l'entreprise puisse être subordonnée à la preuve que l'accident est la seule et unique cause de mort et qu'elle cesse de lui incomber quand, par suite d'une prédisposition morbide, la constitution physique du malade l'a en partie déterminée. »

La Cour de Lyon, dans un jugement du 29 mai 1906, déclare : « Quand la mort survenue au cours du travail est due à un accident : il importe peu, en conséquence, de rechercher si cet accident a son origine dans une cause anormale, notamment dans ce fait que l'ouvrier aurait été brusquement privé de l'usage de ses sens. »

Est-ce que de nos jours la jurisprudence tient compte de l'état antérieur de la victime ? En aucune façon ; elle ne fait qu'appliquer la loi qui, elle, n'a qu'un but : rechercher uniquement la personne responsable de l'accident pour l'obliger à réparer le dommage dû. La Cour de cassation, par une inter-

vention plusieurs fois répétée, s'est efforcée d'unifier la jurisprudence des tribunaux et a formellement, et à maintes reprises, manifesté son intention de casser les jugements dans lesquels il était tenu compte de l'état antérieur de la victime en vue de la réduction de l'indemnité à allouer.

La Cour Suprême a déclaré que l'état, dans lequel se trouvent les victimes avant l'accident, importe peu. Même quand la mort survient à la suite d'une blessure insignifiante les jugements ne font pas entrer en ligne de compte les causes susceptibles d'aggraver le traumatisme. Qu'un ouvrier alcoolique atteint de fracture de jambe non compliquée, dont la guérison devrait être chez un sujet non intoxiqué, qu'une question de jours et de repos, soit pris, par suite de l'immobilisation complète à laquelle on le soumet, d'un accès de delirium tremens et que la mort se produise au cours d'une de ces crises, il ne sera en aucune façon, dans l'arrêt rendu, fait cas de l'influence éthylique sur l'issue fatale. Dans les cas de ce genre, les tribunaux considèrent que la mort a été uniquement occasionnée par l'accident et, pour soutenir cette manière de voir, font une pétition de principes. « Si, déclarent-ils, il n'y avait pas eu delirium tremens et consécutivement mort. » Il en est de même pour les diathèses, qui, comme le diabète, l'albuminurie aggravent considérablement le pronostic de la moindre blessure. Mais il est juste de dire que, dans certains cas, il est tenu compte des conditions dans lesquelles s'est effectué le travail de l'in-

dividu porteur de lésions, conséquemment l'accident. On doit tout d'abord se demander à quoi était occupée la victime quand est survenue la perte de connaissance. Où travaillait-elle ? L'employeur qui, sans le savoir, utilise un épileptique ou un artério-scléreux, sujets tous deux à la syncope, et qui, pour la nécessité du travail, expose ces derniers sur le faite d'une maison ou auprès des machines-outils, sera vraisemblablement débouté s'il argue que la chute a été la conséquence de la syncope et non *d'un accident du travail*. La loi, dans ce cas, considère que les *conditions du travail* ont aggravé les risques.

Si, au contraire, ce même épileptique, ce même artério-scléreux, employé à un travail simple, ne l'exposant à aucun danger, se fracture le crâne, au cours d'une crise, sur les marches d'un escalier, par exemple, il n'y a pas *accident du travail*, car il n'était exposé à aucun risque.

C'est dans ce cas que l'employeur peut profiter des résultats de l'autopsie. Si, dans pareil cas, la nécropsie n'était pas pratiquée, ce dernier serait condamné à payer une rente aux ayants droit pour le décès de l'ouvrier, survenu loin de tout témoin — décès qui, par les lésions grossières, ne manquerait pas d'être attribué à un accident du travail. Mais les lésions découvertes à l'autopsie démontrent que l'on se trouve en présence d'épileptique, d'artério-scléreux qui ont eu une crise et des lésions traumatiques consécutives à cette perte de connaissance, lésions qui se sont produites pendant la vie, mais dont les con-

séquences sont insignifiantes par suite de leur peu d'intensité. C'est ce que démontre les observations que nous avons publiées : les ecchymoses, qui ont fait penser tout d'abord à une mort par accident, traduisaient l'action d'un traumatisme sans importance et n'ayant avec la mort qu'un rapport fortuit. Dans ces conditions il faut en conclure que la mort se serait produite de la même façon si l'ouvrier, au lieu d'être à son travail, avait vaqué à ses occupations personnelles.

Il va sans dire que dans le premier cas le fait, par le patron, d'employer un épileptique, en connaissance de cause, à des travaux dangereux, aggrave considérablement sa responsabilité. De même l'ouvrier qui, en connaissance de cause, accepte une fonction dangereuse, commet une faute lourde dont on lui tiendra compte lors du règlement de l'indemnité.

Pour l'employeur, il y a également imprudence d'utiliser pour un travail donné des individus pris de boisons, car le moindre traumatisme peut avoir dans ce cas des conséquences insoupçonnées. Fait qui s'explique facilement si l'on considère que l'alcool agit inégalement sur les différentes parties du cerveau ; les centres de la moelle allongée sont atteints à des degrés divers, et l'absence de réaction de l'un d'entre eux, au moment du traumatisme, peut amener des conséquences graves : la paralysie du centre vaso-moteur, très précoce dans l'intoxication alcoolique, laisse tomber considérablement la pression

et cela peut suffire dans certains cas pour expliquer la mort subite.

Peu importe donc pour la loi l'état antérieur. Il n'en sera tenu aucun compte lors du règlement de l'indemnité. Pour éviter ces situations difficiles, on pourrait penser à la nécessité de la création d'un livret sanitaire que l'ouvrier présenterait au moment de l'embauchage, de l'entrée à l'usine. Seuls ne seraient exclus de l'usine que les ouvriers à état pathologique des plus chargés et cette sélection écartant les tuberculeux avérés ne serait au fond qu'une mesure préventive, prise autant dans l'intérêt de l'infirme que dans celui de la collectivité. Si l'examen médical de tous les ouvriers était quelque peu approfondi, un petit nombre seulement de ceux-ci serait reconnu apte au travail. Déjà les conseils de révision sont obligés, pour incorporer le nombre réglementaire de recrues, de fermer les yeux sur un assez grand nombre de tares. A un âge plus avancé de la vie, il serait fort difficile de trouver un casier sanitaire, vierge de toute affection. On peut dire sans exagération que la tuberculose frappe en moyenne 40 o/o des travailleurs et que l'alcoolisme existe dans une même proportion. Cette élimination priverait l'industrie de bras dont elle a besoin, et, pour éviter cette crise, l'employeur est obligé de passer outre, de tenir peu compte de l'état antérieur de ses ouvriers et d'accepter la responsabilité totale que la jurisprudence a consacrée.

La visite médicale, lors de l'admission de l'ouvrier à l'usine, doit exister. Cet examen permettra de dresser un livret sanitaire ou seront consignées les tares de l'individu afin d'enlever à ce dernier la velléité d'attribuer à un moment donné, à un prétendu accident produit *au cours du travail*, la pathogénie des tares dont il était porteur depuis longtemps.

CHAPITRE VI

Quand l'ouvrier est trouvé mort à la place qui lui était assignée pour les nécessités du travail — ouvrier électricien auprès de ses batteries — mineur dans une galerie — mécanicien dans la chaufferie de son navire — les ayants droit de la victime, surtout si les témoins font défaut, s'empresseront de rejeter l'idée de mort naturelle et de prétendre, afin de jouir des avantages de la loi de 1898, que la mort est due à *un accident de travail*.

De même si l'agent vulnérant, cause de la mort, n'a laissé qu'une trace insignifiante de son action, la partie adverse émettra vraisemblablement l'idée de mort naturelle et rejettera la possibilité d'un *accident* comme cause de mort.

Quelle conduite doit tenir le médecin-expert quand — comme dans les cas précités — il ne relève sur le cadavre qu'une lésion tout à fait insignifiante attribuée à un traumatisme plus ou moins probable ; même si dans certains cas, comme nous le verrons plus loin, la trace d'un traumatisme réel ne laisse aucune manifestation de son action ?

Le médecin devra tout d'abord se rendre compte de la réalité de la mort, la différencier de la syncope

et du coma. Quand les conditions de la mort paraissent équivoques, et que les causes véritables ne semblent vraisemblablement devoir être reconnues qu'à l'autopsie, son rôle est d'examiner avec soin la position du corps, au besoin faire photographier cette dernière, afin de pouvoir plus à son aise, devant cette reproduction exacte, tirer les déductions pratiques qu'il jugera utiles. On doit également noter le genre de travail auquel l'ouvrier était occupé, le coloration des téguments (pâleur, cyanose etc.), la présence ou l'absence d'écume sanguinolente au niveau de la bouche et des narines et enfin certaines particularités relatives au milieu ambiant — pression atmosphérique, odeur qui se dégage du voisinage de l'endroit où était occupée la victime.

Ces renseignements seront d'une utilité incontestable, quand l'agent traumatique n'aura laissé sur le corps du sinistré aucune marque de son action.

Un ouvrier électricien est, supposons-nous, trouvé mort au siège de son travail : l'autopsie ne révèle ni lésions organiques, ni lésions traumatiques, susceptibles d'expliquer la mort. A quelles causes, dans ce cas, faut-il attribuer cette dernière ; en un mot quelle conduite doit avoir l'expert commis pour résoudre un problème de ce genre ? Sa mission sera de beaucoup facilitée s'il est en possession de renseignements lui fournissant des indications précises sur la genèse de l'accident supposé.

A quel genre de travail se livrait le défunt ; la mort est-elle due à l'électricité statique ou galvanique ?

Cette première question nous permet déjà d'écarter l'idée de mort par électricité statique : la fulguration étant très rare et demandant pour se produire la coexistence de circonstances multiples : décharge de condensateur, décharge électrique de grande intensité agissant directement sur les centres nerveux supérieurs.

Si nous accusons au contraire l'électricité galvanique d'être cause de la mort, nous devons nous poser les questions suivantes ;

a) Dans quelles circonstances l'accident s'est-il produit ?

b) Quel point du corps s'est trouvé en contact avec le fil ?

c) Les deux mains ont-elles touché deux conducteurs à des potentiels différents ?

d) La décharge a-t-elle eu lieu à travers le corps des mains au sol, les pieds de la victime reposant sur un sol humide ?

e) Quelle était la tension sur le conducteur au point touché ?

Pour résoudre cette toute dernière question il suffira de consulter les livres de physique médicale ou de physiologie pour se remémorer l'action des différents courants et les modifications que subit l'organisme suivant leur plus ou moins grande intensité.

Nous y trouvons, avec une multitude de détails les indications les plus explicites, à savoir que la tension nécessaire pour produire la mort par courant

alternatif doit être de 400 volts à la seconde et que la fréquence des périodes, pour un même laps de temps, doit osciller entre 120 et 200 et qu'il faut au contraire une tension de 1.500 volts pour produire la mort par courant continu.

Dans le cas précédent où sur le corps de la victime ne peut exister qu'une brûlure insignifiante d'apparence et quand, d'autre part, on ne relève à l'autopsie aucune trace d'accident de travail (1) la tâche de l'expert sera de beaucoup facilitée s'il est en possession des renseignements énumérés plus haut. Il connaîtra les conditions de l'accident, le rôle des différents agents susceptibles d'expliquer la genèse de la mort, il pèsera leur valeur dans la solitude du cabinet de travail et déduira les conclusions qu'il jugera les plus admissibles.

Un traumatisme, dans certains cas, peut avoir exercé son action durant la vie, occasionné la mort foudroyante et ne laisser, par suite, de son intensité minime, aucune preuve de sa manifestation.

Lorsque les lésions qui ont été produites par un choc réel ne peuvent être décelées à l'autopsie, par un

1. Dans les cas d'électrocution, on ne trouve à l'autopsie que des lésions insignifiantes. Pour certains auteurs (Mac Donald) la mort serait due à des hémorragies capillaires siégeant sur le plancher du quatrième ventricule ainsi que dans le troisième ventricule et la portion antérieure du ventricule latéral. Les espaces circum-vasculaires semblent en outre distendus par le sérum sanguin.

Ces constatations ne sont pas admises par tous les auteurs.

examen même des plus minutieux et lorsque les lésions pathologiques sont, elles-mêmes, insuffisantes pour donner une solution satisfaisante de cette mort foudroyante, on est en droit d'émettre les hypothèses qui peuvent être dans certains cas considérées comme une probabilité.

Tous les médecins connaissent ce genre de mort particulière, se produisant subitement sans agonie, sans convulsions, occasionnée le plus souvent par une irritation insignifiante d'un point quelconque de l'organisme, irritation produisant une excitation réflexe cérébro-bulbaire avec les conséquences respiratoires et cardiaques inhérentes à cette brusque excitation au point que quelquefois la mort s'ensuit. Même une émotion violente peut remplacer l'action du traumatisme et engendrer cette mort brusque et soudaine.

Il existe, en effet, certaines régions de l'économie plus particulièrement sensibles. Brouardel cite quelques cas qui peuvent être considérés comme type de mort par inhibition et qui ont en plus, par leur diversité, l'avantage d'exposer la topographie de ces régions au niveau desquelles une excitation minime est susceptible de produire la mort par le mécanisme précité. Le plus souvent la mort par inhibition a été produite à la suite d'un léger coup sur la région épigastrique. Cette zone semble prédisposée, et un léger choc à ce niveau peut produire instantanément la mort, surtout si le sujet est en pleine digestion. Du

reste, l'expérience de Goll, présente à tous les mémoires, démontre la possibilité de la genèse de ce genre de mort d'une façon péremptoire.

Nous comprenons beaucoup mieux la pathogénie de la mort subite par léger traumatisme sur la région de la nuque. Nous savons qu'il existe à ce niveau les centres d'innervation réflexe dont les plus importants sont les centres du mouvement automatique, le centre de la respiration ou nœud vital et le centre frénateur et accélérateur du cœur. Nous comprenons que le choc peut, par son action directe, avoir une répercussion sur les nerfs pneumogastriques au niveau de leur émergence.

Assez fréquente également est la mort par traumatisme des voies aériennes. Le choc sur le larynx est réputé des plus dangereux et les Traités de médecine légale en citent un grand nombre de cas. Il suffit quelquefois d'une irritation de la muqueuse nasale pour produire la mort.

Brouardel cite également un cas de mort subite à la suite d'un violent coup sur le scrotum.

Le traumatisme agissant sur d'autres régions peut également occasionner la mort par inhibition et tout le monde connaît cette sensation d'angoisse que l'on éprouve à la suite d'une violente douleur. Le cerveau surpris par une souffrance physique, impressionné par une sensation inattendue et brusque, peut produire une perversion dans les fonctions respiratoires et cardiaques. Conséquemment il faut admettre que la mort par inhibition peut se produire

à la suite d'un choc plus ou moins violent sur n'importe quelle région du corps.

Dans tous les cas cités par Brouardel, ce dernier ne put, au cours de l'autopsie, relever soit une lésion externe, soit une lésion interne. L'examen réitéré du corps, une inspection des plus minutieuses des organes ne donnèrent aucun résultat positif.

La mort par réflexe, se produisant au *cours du travail*, doit-elle être considérée comme une mort *par accident*?

Bien qu'il y eût disproportion entre la cause et l'effet elle doit être regardée comme mort par *accident du travail* si elle se produit au cours du travail. Le fait de recevoir un coup même léger de brancard, par exemple, au creux épigastrique constitue bien un accident, c'est-à-dire un fait anormal, soudain et violent.

Mais il faut pour admettre cette hypothèse — ce que l'autopsie ne peut confirmer — qu'il y ait eu au moment de la mort des témoins et que les dépositions de ces derniers soient formelles, catégoriques, unanimes, qu'elles précisent les conditions du travail, en un mot qu'elles revêtent un caractère de précision quasi-mathématique.

Dans les exemples cités, il était encore relativement facile de faire la part des choses bien que les lésions trouvées lors de l'autopsie n'aient donné **aucun** résultat positif. Dans le premier cas la trace,

presque invisible, d'une brûlure peu étendue en réalité, mettait sur la voie du diagnostic ; l'examen des lieux, la position du cadavre, les résultats de l'enquête achevaient de faire pencher la balance vers l'idée vraisemblable *d'un accident*.

Dans le second cas, au contraire, les témoignages avec leur caractère de précision, nécessaires en pareil cas, autorisaient l'expert, malgré la non existence de lésions, soit externes, soit internes, de conclure à la mort subite par *accident*.

Plus complexe devient la question quand — en l'absence de tout renseignement et surtout de tout témoignage — l'autopsie d'un individu, mort subitement, ne permet de relever aucune lésion organique ou traumatique, capable par elle-même d'expliquer la mort et quand, d'autre part, cette mort est attribuée à un *accident* ou aux *conditions du travail*. Il va sans dire que dans certains cas l'examen le plus approfondi des lieux ne permet pas toujours de relever la présence inconstante *d'un fait anormal* qui a pu occasionner néanmoins la mort par sa soudaineté et dont la disparition, lors des constatations, ne permet plus d'émettre une hypothèse sur la nature d'une mort inexpliquée.

Un ouvrier mécanicien est trouvé mort dans une chaufferie : la mort plus ou moins subite s'est produite loin de tout témoin ; on est en droit de supposer qu'elle a été provoquée par *les conditions du travail*.

Si la famille de la victime incrimine des gaz plus

ou moins toxiques d'être cause de la mort, il sera quelquefois facile de résoudre d'une façon affirmative l'hypothèse émise, comme dans d'autres la réalité d'un accident par intoxication rapide ne pourra être prouvée.

Il est bien évident que, dans la majorité des cas, l'intoxication de tout l'organisme par l'oxyde de carbone laisse des traces non équivoques de la réalité du fait ; la coloration spéciale de tous les organes, même des téguments, met déjà sur la voie du diagnostic, lequel sera confirmé si, lors de l'examen spectroscopique du sang, on décèle les deux bandes d'absorption si caractéristiques et si particulières.

Souvent aussi la mort due entièrement à l'oxyde de carbone ne peut être diagnostiquée. Quand l'individu a respiré avant de mourir de l'oxygène par suite de l'établissement d'un courant d'air — et les exemples en sont multiples — l'examen du corps et l'examen spectroscopique ne donnent aucun résultat.

Pour déclarer qu'il y a eu mort par *accident*, par intoxication d'oxyde de carbone, il faut l'existence de preuves non équivoques. Il ne faut pas oublier que le sang des citadins contient à l'état normal une quantité à peu près constante d'oxyde de carbone — quantité évaluée à 0 cmc. 7 par litre. Il faudra donc que le sang renferme une proportion plus forte de ce gaz par litre pour affirmer l'intoxication par l'oxyde de carbone. Quelle quantité d'oxyde de carbone le sang peut-il impunément contenir ? C'est

une question fort difficile à résoudre et à l'heure actuelle il nous est impossible d'émettre une opinion sur ce point limite.

Ici l'examen des lieux peut ne donner aucun résultat, car le gaz inodore peut se répandre d'une façon intermittente. Aussi dans ce cas convient-il de répéter fréquemment les prises d'air. Dans d'autres cas l'établissement d'un courant d'air a chassé le corps du délit.

Il est quelquefois peu de problèmes aussi difficiles à résoudre que ces questions de mort subite. Quand à l'autopsie, on ne découvre aucune lésion capable d'expliquer scientifiquement l'issue fatale, le médecin doit déclarer franchement qu'il ne connaît pas les causes de la mort. Dans ce cas là qu'il dise, conseillait le professeur Brouardel : « Je ne sais pas », afin de ne pas avoir à déclarer plus tard, si on lui prouvait le contraire : « Je me suis trompé parce que je ne savais pas. »

Dans ces conditions c'est à la famille, aux ayants droit de la victime qu'incombe le soin de démontrer, par les moyens qu'ils jugeront utiles, qu'il y a eu mort par *accident*. C'est dans ce sens que juge la Cour de cassation.

Un ouvrier électricien fut trouvé mort dans un lieu où passaient de nombreux fils électriques. La veuve prétendit qu'il y avait eu électrocution. L'autopsie ne permit d'émettre aucune supposition sur les causes de la mort...

.

Attendu, déclare le jugement, que les rapports médicaux, l'autopsie faite, ne permettent pas de dire si la mort de S... est due à une cause naturelle ou à une cause accidentelle, qu'il décide en droit, que la charge de la preuve incombe à la demanderesse...

.

condamne la demanderesse.

Ce jugement se conforme du reste à l'article 1315 du Code civil : « Celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver ».

CHAPITRE VII

Quand un traumatisme violent, produisant la mort par attrition d'organes profondément situés, a produit en même temps une plaie des tissus tégumentaires, on est en général mis sur la voie du diagnostic et on est en mesure — par la constatation de l'existence de la blessure — de découvrir la cause réelle de la mort.

Mais il n'en est pas toujours ainsi et la mort accidentelle, en l'absence de plaie, peut ne pas éveiller les soupçons et, par suite, n'être point attribuée à sa cause véritable. Le diagnostic, il faut le reconnaître, est des plus difficiles à porter ; il peut en réalité n'être fait que lors de l'autopsie ; à ce moment seulement, on peut reconnaître les causes véritables de la mort. C'est pourquoi — comme il a été permis de le constater fréquemment à la Morgue — les morts sur lesquelles il avait été porté le diagnostic de mort par congestion sont dues en réalité, dans la plupart des cas, à une lésion d'un organe important, lésion due à un traumatisme plus ou moins violent.

Aussi comprenons-nous les causes d'erreurs qui expliquent le malentendu et qui font d'une mort accidentelle une mort naturelle. Le plus souvent la mort

accidentelle est, dans ces conditions, attribuée, de très bonne foi, à l'évolution normale d'une lésion pathologique qui a engendré la mort par un mécanisme naturel : elle est même souvent acceptée comme telle par la famille de la victime qui n'ose émettre l'idée de la possibilité d'un *accident* devant l'intégrité apparente du cadavre. L'observation suivante est réellement typique. Il s'agit d'un charretier, âgé de cinquante-six ans, qui fut trouvé mort auprès de sa voiture et dont le décès fut attribué à une cause naturelle. Un autre charretier, conduisant un camion n'avait d'abord rien dit, puis, pris de remords, a reconnu que la victime avait été serrée entre sa voiture et le camion.

L'autopsie fut alors ordonnée et l'expertise médico-légale remit les choses au point.

Observation XIV

(*Due à l'obligeance de M. le Dr Balthazard.*)

MORT ACCIDENTELLE AU COURS DU TRAVAIL, ATTRIBUÉE

A TORT, TOUT D'ABORD, A UNE CAUSE NATURELLE

Le cadavre est celui d'un homme assez vigoureux. Sur toute la surface du tégument externe on ne trouve d'autre lésion qu'une excoriation de 1 centimètre de diamètre, ayant donné naissance par dessiccation du derme à une plaque parcheminée brunâtre, siégeant sur le côté droit du tronc, à 13 cen-

timètres de la crête iliaque, à 3 centimètres en arrière d'une ligne verticale passant par le creux de l'aisselle.

Avant de décrire les lésions viscérales, nous indiquerons qu'il existe des fractures de côtes multiples, déjà perceptibles par la palpation, mais surtout bien visibles quand les organes thoraciques et abdominaux ont été enlevés.

Du côté gauche les quatre premières côtes sont fracturées au niveau de leur courbure qui répond au fond de la gouttière costo-vertébrale, la troisième côte est en plus fracturée en un second point situé sur la ligne axillaire.

Du côté droit, les côtes sont fracturées depuis la quatrième jusqu'à la douzième. Tout d'abord les quatrième, cinquième, sixième côtes présentent une fracture dans leur portion antérieure cartilagineuse, située pour la quatrième à 4 centimètres du sternum, pour la cinquième à 2 centimètres, pour la sixième à 1 centimètre. La sixième côte présente une seconde fracture un peu en avant de la ligne axillaire. La septième côte est fracturée dans sa portion cartilagineuse à 6 centimètres de son insertion antérieure à la sixième côte. Toutes les autres côtes, huitième, neuvième, dixième, onzième, douzième sont fracturées dans le fond de la gouttière costo-vertébrale, en un point d'autant plus rapproché des vertèbres, qu'il s'agit d'une côte plus bas située. La dixième côte est en outre fracturée une seconde fois sur la ligne axillaire.

Tous ces foyers de fractures sont infiltrés de sang coagulé ; les fragments de côte n'ont pas lésé les organes voisins ; la plèvre, le péritoine, le diaphragme sont intacts.

A l'ouverture de l'abdomen on constate qu'il existe dans la cavité péritonéale un épanchement abondant de sang, en par

tie coagulé ; le sang est recueilli et mesuré, on obtient un volume de 1.400 centimètres cubes.

Cette hémorragie péritonéale, qui a sans aucun doute causé la mort, est due à un écrasement du foie. Cet organe dont le poids est de 1.480 grammes, présente en effet une rupture irrégulière du lobe droit, s'étendant en haut jusqu'à la partie la plus convexe, en bas jusqu'à 5 centimètres du bord libre. Au milieu de ces vastes déchirures du tissu hépatique, les gros vaisseaux ont résisté et ont été dénudés. Au voisinage des déchirures le parenchyme hépatique est infiltré de traînées sanguines. Enfin dans les parties non contusionnées le foie est friable, facile à dilacérer même par une pression modérée du doigt ; le foie paraît d'ailleurs un peu granuleux. L'examen histologique peut seul révéler la cause de cette friabilité.

Les autres viscères abdominaux paraissent sains. L'estomac est vide ; la rate a ses dimensions habituelles. Les reins se laissent facilement décortiquer et la substance corticale a son épaisseur normale.

Le cœur est nettement hypertrophié surtout au niveau du ventricule gauche ; les valvules sont intactes.

Le poumon gauche est libre d'adhérences avec la plèvre ; au contraire il existe une symphyse totale du côté droit. Les poumons sont farcis tous deux dans leur lobe supérieur de nodules tuberculeux, dont quelques-uns ont la dimension d'une noix. Il existe au sommet gauche une cavernule grosse comme une noisette ; au sommet droit, on trouve une vaste caverne tuberculeuse, résultant de la fusion de plusieurs cavernes plus petites ayant 6 à 7 centimètres de diamètre.

Le cerveau, le cervelet, la bulbe sont intacts. Il n'existe ni fracture du crâne, ni fracture de la colonne vertébrale.

Conclusions

1° La mort de S... est la conséquence d'une hémorragie abdominale qui s'est faite dans la cavité péritonéale et qui a pris naissance au niveau d'une déchirure du foie.

2° Cette déchirure du foie est un véritable écrasement. Son origine traumatique est affirmée par la coexistence d'autres lésions traumatiques consistant en fractures de côtes multiples, telles qu'elles n'ont pu être produites par une simple chute.

Dans l'observation suivante, nous pouvons également nous rendre compte de la disproportion qui existe — à la suite d'une violente compression de l'abdomen — entre les plaies tégumentaires et les lésions des organes profonds.

Observation XV

(*Due à l'obligeance de M. le Dr Balthazard.*)

COMPRESSION DE L'ABDOMEN ENTRE DEUX TAMPONS DE WAGONS.

— HERNIE PLEURALE DU FOIE, DE L'ESTOMAC, DE LA RATE. —

HÉMORRAGIE INTRA-PÉRITONÉALE.

Le cadavre est celui d'un jeune homme vigoureux et bien constitué ; la putréfaction n'est par commencée.

Il n'existe extérieurement que des lésions insignifiantes :

1° Sur le bras droit, à la surface antérieure et à la face externe de l'avant-bras, un peu au-dessus du poignet, on trouve une large éraflure de l'épiderme sur une hauteur de 10 centi-

mètres et une largeur de 5 centimètres. La peau dépourvue de surface de revêtement s'est desséchée et a pris l'aspect parcheminé ;

2° On note une petite plaque parcheminée de 5 centimètres au-dessous du mamelon gauche, bande horizontale de 5 centimètres de longueur et de 0 cm. 5 de hauteur ;

3° A 2 centimètres au-dessus de la crête iliaque, dans le flanc gauche, existe une petite ecchymose de 3 centimètres ;

4° Enfin à la face externe de la hanche gauche, à la hauteur du grand trochanter, on trouve trois plaques parcheminées dont la plus grande a 3 centimètres de diamètre.

Partout ailleurs la peau a sa coloration normale ; pourtant on remarque la décoloration extrême des muqueuses buccale et conjonctivale, certainement en rapport avec l'existence d'une abondante hémorragie interne.

A l'ouverture du cadavre, on constate en effet que le péritoine et les plèvres sont remplis de sang : on peut recueillir 1.700 grammes de sang, dans lequel on ne trouve que quelques caillots très ténus, circonstance qui tient, sans doute, à la rapidité avec laquelle la mort est survenue après l'accident.

La cavité péritonéale communique avec chacune des plèvres par un orifice de 8 à 10 centimètres de diamètre percé sur chaque dôme pleural. Aussi le sang épanché dans le péritoine a-t-il gagné les cavités pleurales. De plus, dans la plèvre droite, le lobe gauche du foie fait hernie, tandis que l'on trouve dans la plèvre gauche l'estomac tout entier avec la rate.

Il existe une déchirure complète du hile de la rate et c'est, sans aucun doute à l'arrachement de l'artère qu'est due en première ligne l'hémorragie interne. Pourtant il existe encore quelques vaisseaux mésentériques lésés : les uns ont donné

naissance à une hémorragie dans le péritoine, les autres ont formé une suffusion sanguine abondante qui s'est infiltrée sur une grande longueur de la paroi abdominale et dans le mésentère.

Le hile du rein gauche présente des altérations, car la capsule graisseuse est infiltrée de sang ainsi que le bassinet. Il existe dans la vessie 30 grammes environ d'urine sanguinolente.

Enfin l'estomac hernié dans la cavité pleurale gauche présente une perforation de 3 centimètres de diamètre, par laquelle une partie de son contenu s'est répandu dans la plèvre. L'estomac renferme 500 grammes environ de substances alimentaires non digérées, la mort étant survenue très peu de temps avant le repas.

Le foie et les reins ne présentent d'autres lésions qu'une anémie extrême. Le cœur est normal ; les poumons, vides de sang, sont très œdématiés, fort peu aérés et gardant l'empreinte du doigt.

Sur toute l'étendue de la paroi abdominale et dans la région lombaire, on trouve entre les aponévroses une vaste suffusion sanguine. Les apophyses transverses des vertèbres lombaires sont toutes fracturées ; il en est résulté un certain jeu des articulations des vertèbres entre elles et une exagération de la courbure lombaire, sans fractures de vertèbres. A ce niveau, qui répond à la fin de la moelle et à la queue de cheval, le canal rachidien renferme une certaine quantité de sang, qu'on ne retrouve plus dans la région supérieure de la moelle et dans les méninges cérébrales.

Il n'existe aucune fracture de côtes, du bassin, du crâne, des membres. Le cerveau est normal.

S... a été soumis à une pression qui s'est exercée entre la

paroi abdominale et la région lombaire, épargnant le thorax d'une part, le bassin d'autre part. Cette pression a eu une violence telle que la colonne lombaire s'est trouvée repoussée en avant, d'où fracture de toutes les apophyses transverses des vertèbres lombaires, que les viscères abdominaux ont été violemment repoussés en haut, d'où rupture des deux dômes diaphragmatiques et hernies du lobe gauche du foie dans la cavité pleurale droite et de l'estomac et de la rate dans la cavité pleurale gauche. La pression intra-thoracique a été telle que les poumons se sont vidés de leur contenu aérien et sanguin.

De semblables lésions ne sont pas constituées sans entraîner des déchirures vasculaires, surtout au hile de la rate. D'où hémorragie interne qui a produit la mort instantanément, comme le prouve l'absence presque complète de coagulation du sang épanché dans le péritoine et les plèvres.

Conclusions

S..., à la suite d'une compression violente de l'abdomen, a été atteint de lésions internes graves, le foie ayant été refoulé dans la cavité pleurale droite, l'estomac et la rate dans la cavité pleurale gauche. Des ruptures vasculaires, surtout au pédicule de la rate, ont accompagné ces désordres, provoquant une hémorragie de 1.700 grammes de sang dans le péritoine, immédiatement mortelle.

Il existe un nombre considérable de faits de ce genre. On a vu des chocs, des traumatismes d'une extrême violence broyer certains organes, dilacerer les tissus les plus profondément situés, occasionner

la mort par hémorragie sans pour cela léser en quoi que ce soit le tissu superficiel. La solution de continuité de certains organes produite par la pression d'un agent extérieur est le plus souvent une surprise d'autopsie.

Tous les organes de l'économie sans exception peuvent être dilacérés par un traumatisme, mais la lésion sera plus ou moins profonde selon la résistance inégale des tissus qui la subissent, la force de l'agent vulnérant, l'étendue de la surface d'application, la situation du point d'appui.

Un violent traumatisme sur le thorax peut léser, déchirer les organes contenus dans la cage thoracique : cœur, poumons, aorte, après avoir fracturé les côtes. Dans ce cas on s'explique facilement les lésions considérables que l'on peut rencontrer à ce niveau. Quand l'agent contondant a fracturé les parois de la cage thoracique on comprend facilement les déchirures de l'artère intercostale et des organes précités par les fragments de la côte fracturée, fragments dirigés en dedans et qui embrochent les tissus.

Fait plus intéressant pour nous, on a noté assez fréquemment la déchirure du poumon sans qu'il y ait eu au préalable fracture de côtes. Le poumon surpris dans une inspiration forcée supporte le traumatisme qui lui est transmis par l'intermédiaire de la cage thoracique intacte.

De même les ruptures du cœur produites par une contusion, sans lésion aucune de la peau, sont relativement assez fréquentes. Ces ruptures reconnais-

sent pour cause l'action d'un traumatisme pas très violent. Sur 76 observations recueillies par Fischer on note 32 cas de rupture du cœur sans lésion aucune de la cage thoracique.

Le même fait peut se produire pour d'autres organes qui semblent à première vue, de par leur situation, devoir échapper à l'action de tout traumatisme. Les ruptures du rein, avec intégrité de la paroi tégumentaire, sont très fréquentes. L'application d'un choc peu violent — coup de timon par exemple — se produisant au niveau de l'échancrure costo-iliaque, peut broyer cet organe contre la colonne vertébrale ou l'écraser contre l'apophyse transverse de la première vertèbre lombaire. Généralement les signes extérieurs font défaut et, dans un cas semblable, M. de Lapersonne, qui avait eu l'occasion de faire l'autopsie d'un individu mort de rupture du rein, pouvait dire que l'intéressant dans la question était *la déchirure et l'attrition d'une bonne partie du rein sans aucune lésion de la paroi abdominale*.

Souvent même il y a disproportion entre la cause et l'effet. Dans une observation citée par Gargam, nous voyons le fait suivant : Un ouvrier en se heurtant contre un comptoir s'était contusionné le rein gauche à tel point qu'à l'autopsie on trouve une désorganisation complète de cet organe.

Nous voyons, par l'exposé de ce court tableau, que la rupture des organes contenus dans la cavité splanchnique dépend plus de la direction du choc que de son intensité.

CHAPITRE VIII

Nous voyons — pour toutes les raisons que nous avons énumérées dans les chapitres précédents — que la nécessité des autopsies, en matière civile, s'impose de plus en plus. Cette expertise médico-légale doit être acceptée et même demandée par les deux parties en présence : elle seule, en certains cas, peut donner la solution qui peut aplanir le différend et, par suite, sauvegarder les intérêts de chacun.

On peut dire que, sauf dans les cas où les causes de la mort sont d'une évidence manifeste, par exemple quand l'ouvrier est tué sur le coup par un traumatisme d'une violence inouïe, l'autopsie est presque toujours nécessaire pour établir les causes de la mort et éviter la possibilité des contestations qui ne manqueraient point de se produire à un moment donné.

Souvent, quand le traumatisme semble léger et qu'il y a, d'après les apparences, disproportion entre la cause présumée et l'effet l'employeur, qui prétend que l'ouvrier est mort d'une maladie non accidentelle et que le traumatisme fortuit ne joue aucun rôle dans la genèse de la mort, doit demander l'autopsie afin de couper court aux contestations futures.

C'est aux ayants droit de la victime qu'il incombe de prouver que la mort résulte du fait d'un *accident du travail* : c'est donc eux qui peuvent avoir le plus souvent intérêt à demander l'autopsie.

Dans certains cas l'expertise médico-légale démontre de la façon la plus formelle, que l'issue fatale est bien le résultat de la blessure, d'apparence insignifiante, et qui, en réalité, était plus grave qu'on ne le supposait. L'expertise, dans ce cas, établit les droits de la victime.

De même sont sauvegardés les intérêts de l'employeur quand cette même expertise établit que la blessure était insignifiante et que la mort est due à une lésion organique. C'est ce que démontre d'une façon péremptoire l'observation VI. Le médecin appelé, peu après le décès, conclut à une mort par enfoncement de la table externe des os du crâne. A l'autopsie on ne constata à cet endroit que l'existence d'une vaste ecchymose ; la sensation de froissement que donnait le sang épanché avait été confondu avec une crépitation osseuse.

Mais pour que l'autopsie donne les résultats qu'on est en droit d'attendre d'elle il y a intérêt à ce qu'elle soit faite le plus tôt possible.

Dans les observations que nous avons relatées, il a été facile de constater l'espace de temps souvent fort long qui sépare la date de la mort de celle de l'autopsie. Dans un cas (obs. VII) la mort eut lieu le 18 décembre et l'autopsie ne fut pratiquée que le 28 du même mois : dans un autre cas (obs. III)

l'autopsie eut lieu vingt-deux jours après la mort et après exhumation. Ce sont là des conditions défavorables, fâcheuses même, qui peuvent — par suite des phénomènes de putréfaction — s'opposer à la réussite de l'expertise.

Ce laps de temps, souvent fort long, provient de l'hésitation qu'éprouve la famille du sinistré à accepter l'autopsie, seul moyen de contrôle devant faire respecter les droits de chacun. Du reste quand, seule, une des parties en présence, demande cette expertise médico-légale, on constate une hésitation manifeste de la part du juge de paix à ordonner cette autopsie. Ce magistrat redoute — une simple question d'argent étant cause du différend — d'envoyer à la morgue aux fins d'autopsie le corps de la victime. Quand un certain laps de temps, plus ou moins long, s'est écoulé et qu'aucune décision n'a été prise, il y a intervention du parquet qui ordonne l'autopsie au titre criminel. L'autopsie au criminel a pour but, dans ce cas, de rechercher s'il n'y a pas eu homicide par imprudence.

Il est dès lors aisé de comprendre que ces formalités demandent, pour être remplies, un temps précieux et que, conséquemment, l'autopsie soit faite dans des conditions défectueuses.

Il faut toutefois reconnaître qu'assureurs et familles de sinistrés apprécient les avantages de l'expertise médico-légale, si bien que, depuis l'application de la loi de 1898 jusqu'à nos jours, on a pu constater que d'année en année le chiffre des autopsies, en

matière civile, allait en augmentant. Il est à peu près certain que les dernières hésitations de la famille de la victime et du juge de paix n'auront plus de raison d'être quand il aura été créé, dans les grands centres, un Institut de Médecine légale, distinct de la Morgue, Institut destiné à recevoir les victimes du travail.

CONCLUSIONS

Depuis l'application de la loi de 1898, quand la mort *subite* frappe un ouvrier pendant le travail, il se produit généralement conflit entre les ayants droit et l'employeur.

Mort naturelle au cours du travail, affirme le patron ; mort par *accident du travail* ou par suite des *conditions du travail*, déclare la famille du sinistré. De même quand la mort de l'ouvrier est consécutive à un traumatisme, la compagnie d'assurances s'efforce de faire naître le doute en rejetant la réalité du traumatisme plus ou moins apparent.

Dans ces conditions l'autopsie immédiate est nécessaire pour établir la cause réelle de la mort et éviter les contestations qui se produiraient inévitablement plus tard.

Les blessures que porte le cadavre, lorsqu'il y a eu mort au cours du travail, ont-elles été faites pendant la vie ou *post mortem* ? Quand les symptômes de réaction vitale : ecchymoses, traces d'hémorragie, béance de la blessure..., etc., font défaut, l'on peut conclure à la mort subite et, par suite, au trauma-

tisme *post mortem*. Si les blessures faites pendant la vie sont insignifiantes on ne peut leur attribuer un rôle quelconque dans la genèse de l'issue fatale : il y a seulement circonstance fortuite. Plus complexe devient le problème quand on découvre des lésions organiques capables d'expliquer la mort en coexistence avec de vastes délabrements.

Quand la mort a été reconnue naturelle, il y a lieu d'examiner si cette mort n'a pas été favorisée par les *conditions du travail*. Il est bien évident que la rupture d'une poche anévrysmale, par exemple, consécutive à un effort, doit être considérée comme un *accident du travail*.

Quand il n'existe ni lésions organiques ni lésions traumatiques capables d'expliquer la mort qui est, à tort ou à raison, attribuée à un accident du travail, les conclusions doivent être réservées. Il faudra dans ce cas tenir un grand compte des témoignages et des conditions dans lesquelles la mort s'est produite.

L'autopsie peut mettre en évidence que la mort, attribuée de bonne foi par l'employeur, même par certains témoins, à une cause naturelle, est en réalité une mort violente, une mort par *accident*.

De ce qui précède, il s'ensuit que la pratique des autopsies s'impose de plus en plus. Patrons et ouvriers ne peuvent que profiter des résultats de l'expertise médico-légale.

Malheureusement il faut avouer que cette expertise médico-légale est pratiquée le plus souvent dans de

très mauvaises conditions; la plupart du temps, plusieurs jours après la mort et quelquefois même après exhumation. Aussi l'autopsie ne donne-t-elle plus les résultats attendus d'elle.

Vu : Le Président de la thèse

THOINOT

Vu : le Doyen :

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BALTHAZARD. — Précis de Médecine légale.

— Droit médical, année 1905-1906.

— Presse médicale, février-mars 1908.

BECKER. — Les Accidents du Travail. Guide de l'Expert.

BELLOM. — La Loi sur les Accidents du Travail. Commentaires.

BIRAUD. — Thèse de Lyon, 1892.

BROUARDEL (G.). — Les Accidents du Travail.

BROUARDEL (P.). — Mort et Mort subite.

BRUGEILLES et DALFORT. — Accidents du Travail.

COCHETEUX. — Gazette des Hôpitaux, 1864.

DEVERGIE. — De la mort subite, de ses causes, de ses fréquences. Ann. Hygiène publique et Médecine légale, 1838.

DOUCET-BON. — De l'Etat antérieur dans les Accidents du Travail. Thèse de Paris, 1907.

DUCHAUFFOUR. — Accidents du Travail.

FORGUES et JEAMBRAU. — Guide pratique de Médecine dans les Accidents du Travail, 1905.

GRANGE. — Des Accidents produits par l'électricité dans son emploi industriel. Ann. d'Hyg. pub. et de Méd. lég., 1885.

JAMIN. — Thèse de Paris, 1902-1903.

JULIUS KRATTER. — Der Tod durch Electricitæt. Leipzig, 1896.

LE PIEZ. — Etude sur quelques Cas de Ruptures dites spontanées du Cœur. Thèse, 1873.

MOUSSÉ. — Causes de Mort subite. Thèse de Paris, 1877.

OLLIVE et LE MAIGNEN. — Accidents du Travail.

PONE. — Des Causes de Mort subite. Thèse, 1866.

RAMÉ. — Etude au point de vue médical de la Loi de 1898.
Thèse de Paris, 1901.

RICHET. — Dictionnaire. Article: Effort.

SACHET. — Législation sur les Accidents du Travail. Paris, 1900.

THOINOT. — Les Accidents du Travail, 1904.

TOURDES. — Dictionnaire des Sciences médicales.

VIBERT. — Médecine légale.

— Les Accidents du Travail.

WAGNER. — Première Partie et Jurisprudence médicale de la Loi. Thèse de Paris, 1901-1902.

